

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1956

1128
N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

FELLMANN Guy, Louis, Joseph

Interne des Hôpitaux de Grenoble

né le 6 juillet 1925 à VESOUL (Haute-Saône)

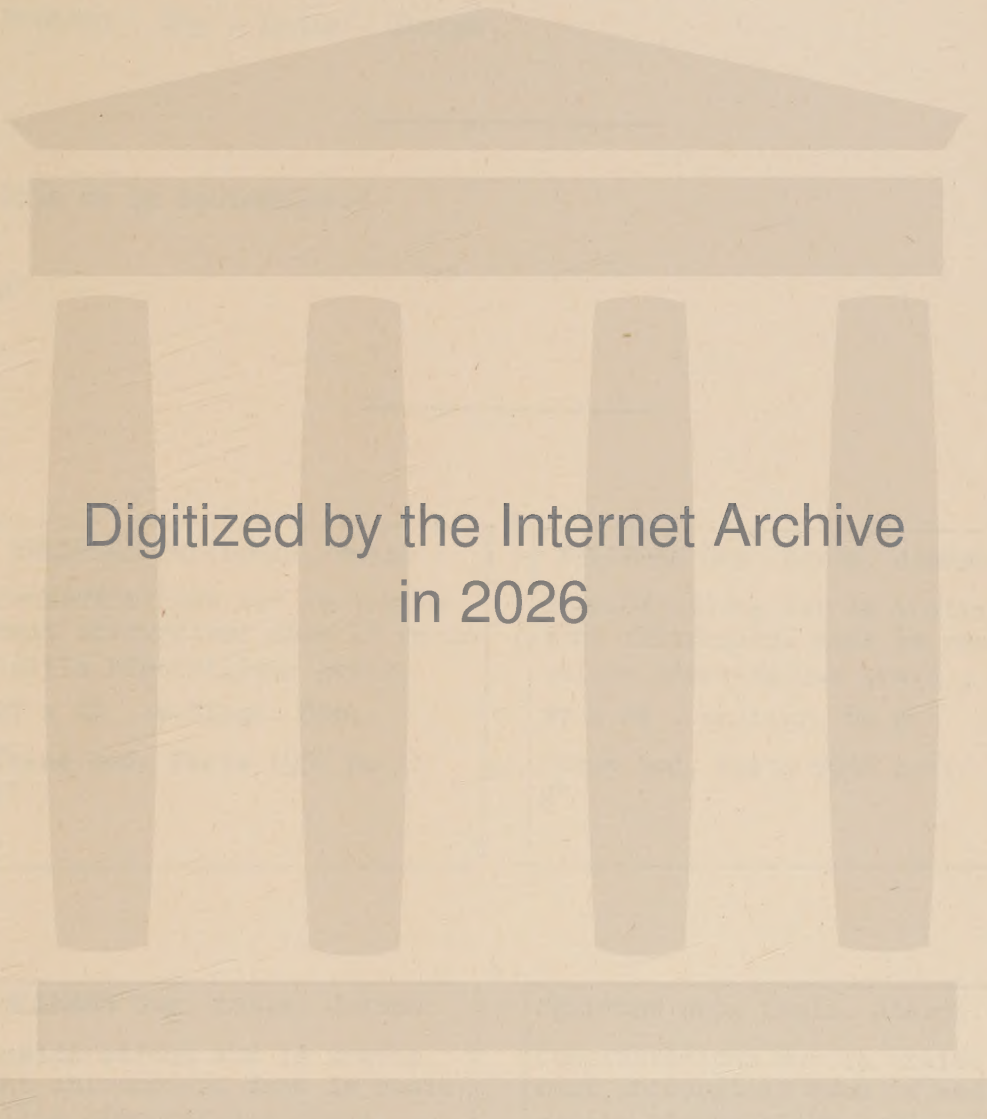
Présentée

et soutenue publiquement le

Considérations

**sur le Traitement Chirurgical
dans la recto-colite hémorragique grave**

Président : M. le Professeur Jean QUENU



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552424_0006



Nom du Candidat : FELLMANN

Prénoms : Guy - Louis - Joseph

Date de la Soutenance :

N°

I

FELLMANN Guy, Louis, Joseph

Considérations sur le traitement chirurgical dans la rectocolite hémorragique grave.

27 x 21 , multigr. 89p.

Thèse Med. Paris 1956 Doct.
N°

2

FELLMANN Guy, Louis, Joseph.-

Considérations sur le traitement chirurgical dans la rectocolite hémorragique grave .

27 x 21 , multigr. 89 p.

Thèse Med. Paris 1956 Doct.
N°

3

FELLMANN Guy, Louis, Joseph

Considérations sur le traitement chirurgical dans la rectocolite hémorragique grave.

27 x 21 , multigr. 89 p.

Thèse Med. Paris 1956 Doct.
N°

4

FELLMANN Guy, Louis, Joseph.

Considérations sur la traitement chirurgical dans la rectocolite hémorragique grave.

27 x 21 , multigr 89 p.

Thèse Med. Paris 1956 Doct.
N°

Année 1956

N°

T H E S E

Pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

FELLMANN Guy - Louis - Joseph

Interne des Hôpitaux de Grenoble

né le 6 Juillet 1925 à VESOUL (Haute-Saône)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONSIDERATIONS SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DANS LA RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE GRAVE

Président : Monsieur le Docteur Jean QUENU , Professeur

DOYEN HONORAIRE : M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BENARD (H), CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHAVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE, (G), LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER (E), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET (Membre de l'Institut)

ASSESEUR Jean VERNE .

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie pathologique	DELARUE (A)
BACTERIOLOGIE	N...
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux sports.....	CHAILLEY-BERT P.
Biologie Médicale	VERNE (J).
Cancérologie médicale et sociale	N...
Carcinologie	OBERLING (C).
Chimie médicale	JAYLE (M.F.)
(Hôtel-Dieu.....	BROCQ (P)
(Broussais	DE GAUDART-D'ALLAINES(F)
Cliniques chirurgicales.....	(Salpêtrière..... N..
(Cochin	QUENU (J)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique.....	MERLE D'AUBIGNE (R)
Clinique de cardiologie.....	MOUQUIN (M)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E)
Clinique de neuro-chirurgie.....	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
Clinique des maladies des enfants.....	DEBRE (R)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	DELAY (J)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)
(Hôtel-Dieu.....	N.
(Bichat.....	N.
Cliniques médicales	(Cochin
(Broussais	DE GENNES (L)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique.....	JUSTIN-BESANCON (L)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R)
(Tarnier	LANTUEJOUL (P)
Clinique obstétricales	(Baudelocque
(Port - Royal.....	LACOMME (M)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires	RICHET (C)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C)

Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME(M)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Embryologie	GIROUD (A)
Génétique médicale	LAMY (M)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Histologie	N.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C)
Médecine du travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE(R)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX(G)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (Chaire à titre personnel).....	MERKLEN(F.P)
Pathologie médicale	BARIETY (M)
Pathologie et thérapeutique générale	GARCIN (J)
Pédiatrie sociale	MARIE (J)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R)
Physico-chimie médicale(chaire à titre personnel).....	DOGNON (A)
Physiologie	BINET (L)
Physique médicale	STROHL (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	MOULONGUET(P)
Thérapeutique	TURPIN (R)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

Anatomie	DELMAS (A.) pr.s.ch., DEBEYRE (J) OLIVIER (), N....
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARD (Melle P.) pr.s.ch. BUSSE (F.) ,GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	NEVOT (A.) , N....
Biochimie médicale	ETTORI (J.),pr.s.ch., N...,N...
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (F).
Embryologie	TUCHMANN
Histologie	BULLIARD (H.) pr.s.ch. N...,N...
Hydrologie	N....,
Hygiène	BOYER (J) , pr.s.ch. DEPARIS (M), pr.S.ch.
Maladie infectieuse	N....,
Médecine légale et du travail.....	DEROBERT (L.)pr.s.ch.,GAULTIER (M.) HADENGUE (A), N....,
Neurochirurgie	DAVID (M)
Neurologie	N....
Obtétrique	GRASSE (J), LEPAGE (F.),MERCIER (R) MORIN .P.,RAVINA (J.) N...,N...
Ophthalmologie	DESVIGNES (P), N....
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	AUBRY (M.) ,MADURO (R.)
Parasitologie	CHABAUD (A.) , N....

Pathologie chirurgicale	ABOULKER (F.), BAUMANN (J.), GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.), VERNE (J.M.) N...., N...., N...., N...., N...., N...., N...., N....
Pathologie expérimentale	N...., N....
Pathologie médicale	BERNARD (J.), BOUDIN (G.), CASTAIGNE (P.) CONTE (M.), DOMART (A.), LAMOTTE (M.) LAROCHÉ (Cl.), MILLIEZ (P.), PEQUIGNOT (H.) PERRAULT (M.), RAMBERT (P.), THIEFFRY (ST) TURIAF (J.) N...., N...., N...., N...., N.... N...., N....
Pédiatrie	JOSEPH (R.), N...., N....
Pharmacologie	CHEYROL (J.), pr.s.ch. LEVY (Mlle J.), pr. s.ch.
Physiologie	BARGETON (D.), pr.s.ch. PARROT (J.), pr.s.ch. DEJOURS (P.)
Physique médicale	DJOURNO (A.), pr.s.ch. GOUGEROT (P.)
Pneumo-phthisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	N....
Psychiatrie infantile	MICHAUX (Z.)
Rhumatologie	N....
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.), CERNEA (P.)
Thérapeutique	N....
Urologie	KUSS (R.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

Clinique chirurgicale.....	AMELINE (A.), HUGUIER (J.), LEGER (L.) PADOVANI (P.), PATEL (J.), ROUX (M.) RUDLER (J.C) SICARD (A.)
Clinique médicale	BROUET (G.) N...., DECOURT (J.) DREYFUS (Gilbert), FAUVERT (R.) HAGUENAU (M.) pr.s.ch., HAMBURGER (J.) KOURILSKY (R.), MARCHAL (G.), SOULIE (J.)
Clinique obstétricale	ESCALLE (G.) MAYER (M.), VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.), RENARD (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	(Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H) LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MA GRAND MERE

A MON GRAND-PERE

A MA BELLE-MERE

A MON ONCLE

A MA TANTE

A MES COUSINS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Jean QUENU

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de ce Jury
de Thèse.

Qu'il soit assuré de notre profonde
gratitude et de notre respectueuse
admiration.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur agrégé G. THOMERET

Hommages respectueux .

A Monsieur le Professeur Albert BONNIOT

Professeur de Clinique Chirurgicale
à l'Ecole de Plein Exercice de Grenoble
Directeur de l'Ecole de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux.

Nous lui avons demandé le sujet de
notre Thèse, et il nous a guidé avec
beaucoup de bienveillance dans notre
travail.

Nous lui exprimons notre profonde
reconnaissance .

A Monsieur le Docteur BONNET-EYMARD

Médecin assistant des Hôpitaux Civils de
Grenoble

Il nous a beaucoup aidé dans l'élaboration de ce travail.

Nous le remercions pour son aide
précieuse .

A Monsieur le Docteur BOUCHET

Chef de Clinique Chirurgicale à l'Ecole de
Plein Exercice de Grenoble

Nous le remercions pour sa participation dans cet ouvrage .

Nous lui adressons nos plus vifs
remerciements .

Aux Docteurs ARNAUD, BARRIE, CABANAC, CALAS , GAUTIER ,
MAITRE ROBERT .

INTRODUCTION
-:-:-:-:-

A l'occasion d'une observation de rectocolite hémorragique (R. C. H.) grave, obligeamment communiquée par notre Maître, le Pr. BONNIOT, et par le Dr. BONNET-EYMARD, et après avoir recherché dans la littérature française et américaine, des observations semblables relevant de la chirurgie, nous avons tenté de faire le point du traitement chirurgical actuel de la R.C.H. grave.

Les indications thérapeutiques sont souvent difficiles à poser. Où commence la forme grave, quels sont les éléments cliniques et examens de laboratoire auxquels nous pourrions avoir recours pour poser l'indication opératoire ? Ce sont autant de questions à résoudre, avant de confier le malade au chirurgien. Le pronostic redoutable de l'affection, à côté du risque réel de l'acte chirurgical, et l'espoir toujours entretenu d'une rémission possible, font que certains malades sont opérés trop tard, alors qu'une intervention plus précoce les aurait peut-être sauvés.

Nous n'envisagerons volontairement que les aspects de la maladie qui relèvent directement de la chirurgie , ce qui élimine environ, d'après POLONY (thèse Paris 1953), 60 % au moins des sujets présentant des formes curables par le traitement médical, ou régressives spontanément .

L'acte opératoire étant décidé, nous aurons à choisir entre diverses interventions .

Enfin l'avenir de ces malades et les nouveaux procédés d'appareillage retiendront particulièrement notre attention, puisqu'

en définitive, le malade étant sauvé, il s'agit de savoir si l'intervention mutilante qu'il a subi , telle l'iléostomie abdominale définitive, est socialement acceptable et compatible avec une vie normale.

~::~::~:-
-::~:-

HISTORIQUE ET CONCEPTIONS PATHOLOGIQUES

Depuis ces dernières années, la R.C.H. a fait l'objet de nombreuses recherches. Les différents auteurs qui se sont intéressés à cette question, et ont publié les premiers succès chirurgicaux de cette affection, ne semblent pas tous parler de la même maladie. On ne peut en effet confondre tout à fait la R.C.H. avec "l'ulcération colitis". BUSSON, très documenté sur la question, déclare à la Société Nationale de Gastro-entérologie "qu'il n'est pas douteux qu'il y ait, à côté de la R.C.H., des colites ulcéreuses aiguës ou chroniques, suppurées et quelquefois hémorragiques, et qui n'ont rien à voir avec cette maladie". HILLEMAND pose également la question : "s'agit-il de deux maladies différentes ?". Il n'hésite pas à répondre par l'affirmative.

Pour MONSAINGEON les différences portent sur le malade (climat social, mode de vie). Il conclut en disant que la maladie est la même par sa gravité et sa périodicité. De fait les problèmes qui se posent au thérapeute sont similaires.

Pour FIGARELLA, la distinction entre les deux, serait mal individualisée en France. En effet, si l'on tient compte des articles américains et observations françaises, cette distinction entrevue par WILKS (1873) et ALICHIN (1885), au point de vue anatomo-pathologique, et décrite cliniquement par HALE-WITHE (1883) MAYO-BALSON (1875), nous sommes obligés d'admettre la conception des américains, qui en font deux maladies différentes.

BOAS, en 1903, publie le premier cas de guérison après intervention chirurgicale, et soulève le délicat problème de l'étiologie; il parle de colites ulcéreuses à germes spécifiques

et de colites d'origine inconnue . Un an plus tard, LOCKART-MUMMERY insiste sur la recto-sigmoïdoscopie comme moyen de diagnostic. A l'étranger, certains auteurs tels que BORINO, UDAONDO, GALLART, MONES et BAYEN se sont occupés de la question des rectocolites; ils insistaient sur les formes graves, pouvant être rapidement mortelles, plus fréquentes semble-t-il en Amérique.

Nous n'avons pas l'intention d'aborder les discussions anatomo-pathologiques, ni étio-pathogéniques de l'affection. Celles-ci restent ouvertes . Aussi retiendrons nous plus spécialement la définition que nous propose RACHET et BENSAUDE sur la R.C.H. :

"maladie à long cours, atteignant le colon en partie ou en totalité, prédominant à sa surface et à sa terminaison, évoluant par poussées successives entrecoupées de rémissions, et caractérisée au moment de ses poussées par un syndrome muco-hémorragique ; cette affection, dont les causes probablement multiples, mais encore inconnues, interviennent sur un terrain prédisposé, est une entité anatomo-pathologique nettement définie par ses lésions histologiques spéciales où prédominent les réactions vasculo-congestives".

Cette définition est en fait, très conforme à ce que nous voyons en clinique, ainsi qu'aux nombreuses observations publiées.

Nous ne nous attacherons donc pas à distinguer la forme hémorragique de la forme ulcéreuse, mais nous attirerons seulement l'attention sur les formes graves, d'évolution fatale, en précisant les signes cliniques qui imposent une indication chirurgicale.

Le traitement médical de ces formes sévères n'aboutit en effet qu'à un échec et ne peut être considéré que comme un traitement adjuvant de la chirurgie indispensable; il visera surtout à lutter contre l'anémie souvent élevée, l'infection et l'insuffisance hépatique.

— 1 —

- dès le début, lorsqu'elle prend la forme aigue, ou bien par ses complications.

Quoiqu'il en soit, ces deux formes, aiguë et chronique mettent directement la vie du malade en danger, et sont justifiables de la chirurgie puisque le traitement médical est, ou devient totalement inefficace .

pour LAHEY, il est de 40 %

pour CATTEL-PATTERSON , 20 %

pour CORBETT , 15 %

pour BARGEN, inférieur à 10 %.

Le taux de 40 % donné par LAHEY paraît excessif; les formes qui lui ont été présentées étaient pour la plupart, a-t-il déclaré , très graves; l'indication opératoire s'imposait .

Même si l'on tient compte du caractère plus ou moins interventionniste de ces auteurs, les statistiques françaises seraient davantage conforme au chiffre de CATTEL, et nous pensons que la chirurgie est indiquée dans 20 à 30 % des cas environ. Elle peut d'après POLOOY abaisser le taux de mortalité médicale, de 20 % .

Pour la clarté de ce travail, nous rappellerons les diverses formes cliniques relevant de la chirurgie, en insistant plus spécialement sur les éléments cliniques et examens complémentaires (radiographie, rectosigmoïdoscopie) qui imposent de par leur gravité l'acte opératoire .

Pour rester fidèle à la distinction mentionnée au début de ce chapitre, deux formes opposées sont à envisager :

I°- Les formes graves d'emblée, ou aiguës

Les caractères qui dominent sont :

a) l'évolution rapide, où les signes cliniques s'aggravent en quelques semaines, voire même en quelques jours -(8 jours dans l'observation que nous présentons).

Dans ces cas, on ne peut guère compter sur une récupération de l'état général par les simples moyens médicamenteux, mais il faut aller vite, sous peine d'intervenir trop tard.

b) un autre caractère essentiel, est l'inefficacité du traitement médical .

Si ces deux éléments dominent dans ces formes aiguës, il en est d'autres également qui nous permettent d'entrevoir toute la gravité du cas . Cette connaissance est fondamentale puisqu'en pratique, c'est d'elle que découlera la sanction opératoire. S'y associent en effet :

une déshydratation intense qu'explique une diarrhée abondante, souvent purulente et hémorragique , pouvant aller jusqu'à 30 à 40 selles par jour .

- une asthénie extrême, accompagnée d'une chute pondérale importante .

- le faciès du malade est très évocateur : le teint est terreux, la peau devient moite, les sueurs sont profuses .

- l'accélération du pouls

- la température , peu élevée au début, monte assez rapidement.

- enfin l'intolérance digestive accentue la dénutrition , pouvant même nécessiter l'alimentation par sonde duodénale .

Le laboratoire précise :

- l'anémie discrète au début, mais qui peut devenir rapidement intense, oscillant autour de 2 millions de globules rouges par mm³ de sang.

- la leucocytose est également élevée : entre 10 et 20.000 G.B., avec polynucléose .

- enfin gros déséquilibre liquidien et électrolytique qui sera à la base de la réanimation de ces malades . Notre observation en est un cas typique, avec une importante chute du taux des protéines.

Le cologramme et la rectosigmoïdoscopie ne vont que confirmer le diagnostic. Le lavement baryté nous donnera des renseignements très utiles sur la morphologie du colon qui présente des signes de colite étendue, ainsi que sur l'extension des lésions .

Quant aux examens bactériologiques et parasitologiques des selles, ils sont le plus souvent négatifs. Il en est de même des sérodiagnostics dysentériques.

La rectoscopie qui est un examen capital, peut s'avérer délicate dans les formes aiguës , et cette exploration qui est très douloureuse, parfois même dangereuse par les hémorragies qu'elle peut entraîner, ne sera poussée qu'avec prudence .

Tel est le tableau dramatique que peuvent présenter ces malades voués à la mort en quelques jours dans un état d'anémie intense et d'intoxication, sans le secours de la chirurgie .

Pour illustrer cette forme aiguë dont nous avons rappelé les principaux symptômes , nous présentons une observation de R.C.H. qui s'inscrit à l'actif du traitement chirurgical des formes graves . (page).

Il nous faut rapprocher de cette forme aiguë d'emblée :

a) des formes subaiguës où les signes cliniques sont en général moins intenses et surtout d'évolution plus lente, où les crises sont entrecoupées de phases d'accalmie, permettant une certaine récupération de l'état général. Mais les critères de gravité restent les mêmes que dans les formes graves. Ces formes subaiguës sont traitées au début médicalement avec un certain succès qui fait retarder l'intervention, puis, brutalement on assiste à une

aggravation où la thérapeutique médicale devient sans effet; c'est dans ces formes qu'il faut savoir poser une indication opératoire rapide, sous peine de perdre la malade . Dans notre observation, l'évolution alarmante de l'état général malgré un traitement médical d'une semaine, et l'anémie déjà sérieuse (2.000.000 G.R.), étaient sans contestation possible, deux arguments imposant une intervention d'urgence .

b) La poussée aigüe sur une forme chronique ou banale ;
là encore il est difficile de préciser à partir de quel moment le traitement médical est inefficace .

c) enfin le problème est le même dans le cas de plusieurs poussées peu graves , prisent séparément , mais qui renouvelées, finissent par entraîner des signes de gravité comme on en rencontre au cours d'une poussée aigüe .

Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question des indications opératoires, ainsi que sur les éléments de gravité qui feront discuter l'intervention .

Ces formes aigües peuvent se compliquer :

a) de perforation du colon : elle serait peu fréquente en France, mais non exceptionnelle aux U.S.A. . A cet effet nous emprunterons à POLO~~NY~~ la statistique rapportée dans sa thèse :

- pour DUGAL 2 sur 88 malades,
- pour SLOAN 87 sur 2000 ,
- pour RICE-OXLEY 4 sur 129

Le sigmoïde serait plus spécialement intéressé.

Cette perforation peut se produire :

- au cours d'un processus évolutif ulcératif très aigu,
- de même après une iléostomie d'urgence . Cette complication bien que très rare, (BROWN en signale 4 sur 90 iléostomies), est pour certains auteurs suffisante pour imposer la colectomie

d'emblée. Nous ne partageons pas cette opinion : la rareté de cette complication ne paraît pas justifier une intervention aussi mutilatrice que l'ablation primitive du colon .

- la perforation peut encore survenir dans les formes chroniques sur un colon rigide , dont la lumière intestinale, extrêmement réduite, favorise l'occlusion. L'abcès n'est pas rare, pouvant s'ouvrir dans un organe creux (grêle par exemple).

Quoiqu'il en soit, cette complication redoutable est souvent fatale pour le malade . Le chirurgien opère sur un sujet dont l'état général est très altéré ; il est ^{en} outre appelé à effectuer des sutures précaires dans un tissu fragile et de mauvaise qualité, et le malade meurt souvent d'une péritonite généralisée .

b) d'hémorragie profuse . Elle se rencontre plus souvent chez le jeune. Elle est aussi exceptionnelle, puisque SLOAN ne signale que 8 morts par hémorragie très importante sur une centaine d'autopsiés . BROWN donne des proportions semblables. Cette hémorragie est tantôt massive et brutale d'emblée, au delà de toutes ressources chirurgicales, tantôt le fait de nombreuses petites hémorragies répétées, où l'une d'entre elles, plus importante, va entraîner la mort sans que l'on ait eu le temps d'intervenir chirurgicalement, ni même de mettre en oeuvre les moyens de réanimation habituels. La gravité de cette complication pose le problème de la colectomie totale d'urgence, sous couvert d'une dérivation externe .

2°) Les formes chroniques peuvent également relever de la chirurgie. En effet il s'agit de malades qui sont à la merci d'une poussée aigue sévère. Ce sont de véritables infirmes par le caractère récidivant et chronique de l'affection. Toute activité sociale ou professionnelle leur est pratiquement interdite , et les hospitalisations deviennent fréquentes. Ils sont inadaptables, alors qu'une dérivation externe type-iléostomie- correctement exécutée leur

aurait permis une vie normale. Notre malade, porteur d'une iléostomie abdominale définitive, travaille 10 heures par jour dans son atelier sans être aucunement gêné dans son activité professionnelle .

Ces formes chroniques sont encore grévées de complications telles que :

- la dégénérescence,
- le rétrécissement (II %) pour SLOAN,
- les abcès périnéaux et péricoliques,
- la pseudopolypose .

a) La dégénérescence : Les avis sont assez contradictoires . FAIVRE dans sa thèse "R.C.H. graves et cancers", prétend que les risques de dégénérescence sont minimes . Les auteurs américains par contre, admettent jusqu'à 6 % de dégénérescence :

BUSSON 2,5 %

GARLOCK 3,9 %

PATTERSON 14 cas sur 35

SLOAN 109 sur 2.000 malades.

NOVARINA (thèse Lyon 1948-1949) donne un chiffre moins élevé : 2 % . Il admet, selon les travaux de SNAPPER & RACHET, que cette dégénérescence cancéreuse est surtout due à une transformation maligne des pseudopolypes .

Quoiqu'il en soit, la transformation maligne rentre dans le cadre des complications de la R.C.H. et nous devons par conséquent, l'incorporer dans le chapitre des indications chirurgicale de cette affection. Nous admettons, avec la plupart des auteurs que la cancérisation est d'autant plus fréquente que la durée de l'évolution est plus prolongée et que le sujet est plus jeune. La localisation est variable; fréquemment rectale . En réalité, elle touche n'importe quelle partie du colon. Son pronostic redoutable est une notion qu'il ne faut pas perdre de vue, et l'indication de la colectomie sera ici particulièrement

difficile à poser , puisque les signes cliniques de dégénérescence se confondent avec ceux de la R.C.H. :

- émissions sanglantes ,
- nombreuses selles glaireuses ,
- petits syndromes subocclusifs, survenant au début , par intermittence.
- enfin altération progressive de l'état général.

b) La pseudopolypose . La lésion dont nous allons parler n'a en effet rien de commun avec la polypose essentielle familiale. Nous l'évoquons dans ce chapitre des indications chirurgicales, puisqu'elle pose le délicat problème de la transformation maligne d'une lésion qui se présentait jusque là comme bénigne .

Deux récentes observations de pseudopolypose rectocolique totale, secondaire, au cours d'une R.C.H., publiées dans les Archives de l'appareil digestif de janvier 1953 et de Novembre 1953, montrent bien qu'il s'agit de deux affections bien différentes. Dans les deux cas, on était en présence d'une R.C.H. grave, très hémorragique, dont l'une fut mortelle à la deuxième poussée et qui se sont compliquées d'une pseudopolypose intéressant tout le cadre colique. Ces formations polypeuses étaient apparues au déclin d'une rechute . L'examen histologique précisa qu'il ne s'agissait que d'une simple rectite congestive , interstitielle, reproduisant l'histologie habituelle de la R.C.H. et non celle de polypes vrais adénomateux, qui sont beaucoup moins fréquents, de coloration plus foncée et de consistance plus ferme que les polypes inflammatoires. Ces adénomes vrais sont susceptibles de transformation cancéreuse . Aussi conseille-t-on de surveiller particulièrement les sujets atteints d'une R.C.H. lorsqu'on les sait porteurs d'un adénome vrai du rectum. RACHET, DELARUE et BUSSON considèrent bien ces éléments polypoïdes comme une simple hyperplasie inflammatoire, et comme le témoignage du phénomène de suppuration apparaissant au déclin d'une poussée évolutive et persistant au cours des rémissions. Les anglais, également avec

P. BRIAN COUNSELL et CUTHBERT, E. DUKES distinguent nettement deux variétés de pseudo-polypes dont l'histologie est différente du polype adénomateux :

- Les uns sont formés par des îlots de muqueuse normale, ayant échappés au processus ulcéreux de la lésion et faisant saillie dans la lumière intestinale ,

- Les autres sont des polypes inflammatoires, plus arrondis et souvent pédiculés, habituellement pâles et plus petits que les adénomes. Ils peuvent disparaître spontanément et n'auraient pas non plus de signification cancéreuse.

Théoriquement donc, les études anatomo-pathologiques modernes ne permettent plus la confusion entre pseudo-polypose et polypose essentielle de caractère souvent familial. Cette distinction étant admise, la pseudo-polypose serait relativement fréquente :

- pour BUSSON 20 cas sur 450 malades,
- pour SLOAN 387 sur 2.000 .

Elle peut être localisée ou généralisée à tout le colon . Le diagnostic est fait facilement par la rectoscopie si la lésion est basse, ou par la radiographie si la lésion est au contraire haut située .

Si nous avons insisté sur l'importance de la l'examen histologique et sur les renseignements précieux qu'il nous apporte, il ne peut malheureusement à lui seul, écarter toute idée de transformation maligne. C'est dire qu'il faudra faire des examens répétés et savoir intervenir au moindre signe suspect.

c) Les abcès périrectaux et péricoliques . Peu fréquents, 6 % pour SLOAN, 4 % pour BARGEN, ils proviennent d'une infiltration périrectale et përisigmoïdienne. Le plus souvent ils apparaissent au cours de formes surinfectées, purulentes . Ils sont accompagnés

de phénomènes généraux avec une température élevée, et de phénomènes douloureux siégeant au niveau de l'abcès avec apparition de signes subocclusifs. Ces abcès périrectaux ont leur point douloureux maximum dans la région anale ; l'abcès peut-être dans ce cas invisible, ou perçu au toucher rectal .

Leur évolution spontanée est l'ouverture dans le rectum à la peau ou dans le vagin, . Ils donnent lieu à des fistules anales interminables, entretenues par une diarrhée qui irrite sans cesse les parties molles. Le sphincter ne tarde pas à être intéressé par la suppuration, devient rigide, et l'incontinence s'installe définitivement, ce qui constitue une infirmité effroyable pour le malade qui finira par réclamer l'intervention . Les fistules recto-vaginales sont loin d'être exceptionnelles. Elles subsistent en effet après colectomie totale ou subtotale . Le rectum devient le siège de réactions inflammatoires intenses, rendant son ablation difficile et supprimant tout espoir d'un rétablissement de la continuité .

Ces deux dernières complications, par leur gravité, . sont toujours à redouter et expliquent l'attitude interventionniste assez précoce de certains chirurgiens. Elles relèvent non seulement de mises à plat avec évacuation des abcès, mais encore d'iléostomie, réalisant une dérivation en amont . Enfin l'incontinence et les fistules complexes sont justiciables de colectomie totale.

d) Les rétrécissements . Ceux-ci peuvent intéresser le colon dans sa totalité. Les poussées successives finissent par transformer le gros intestin en un conduit plus ou moins rigide, dépourvu de toute activité physiologique. Le rétrécissement peut n'être qu'isolé, touchant le rectum qui sera bientôt le siège d'une réaction scléreuse cicatricielle . L'évacuation du segment supérieur devient rapidement difficile . Dans les deux cas, on devra donc avoir recours à la chirurgie .

Les autres complications sont moins graves, nous ne ferons que citer :

- Les lésions articulaires : elles sont variables dans leurs formes cliniques, depuis les simples arthralgies jusqu'aux poussées rhumatismales graves . Certaines de ces formes guérissent après iléostomie ou après colectomie . (CHARRIER Arch. App. Dig Janv. 1955).

- Les lésions cutanées : elles se voient sous forme de purpura érythème noueux où le facteur allergique semble au premier plan, d'ulcérations, abcès sous-cutanés où le traitement médical local est sans effet. On a vu des guérisons après l'iléostomie principalement après colectomie .

DEFINITION DES ELEMENTS DE GRAVITE

Après cette brève énumération des formes cliniques de la R.C.H. relevant de la chirurgie, il nous paraît indispensable de définir nettement les éléments de gravité de cette affection, qui commandent de façon impérative l'intervention .

- dans les formes aiguës, la symptomatologie est évocatrice avec son syndrome dysentérique intense avec émissions incessantes de glaires sanguinolantes,

- enfin la résistance à tous les traitements médicaux qui, rappelons-le, seront toujours tentés avant d'avoir recours à la chirurgie. Notre observation confirme parfaitement les faits, puisque après un essai de 8 jours d'un traitement médical: chloromycétine , transfusions répétées, cocktail vitaminique, l'état général du malade s'est aggravé, et la spoliation sanguine devenant importante (G.R. $\pm$ 2.900.000), Mr. le Professeur BONNIOT a été contraint d'intervenir, l'évolution prenant un caractère trop alarmant. Ce sont les formes où il faut "aller vite" car dans des délais parfois très courts, le sujet déshydraté , infecté, amaigri, intoxiqué, sombrerait dans un état de prostration avec délire irréversible.

malade. L'expectative, jusque là parfaitement justifiée, deviendrait condamnable si l'on venait à négliger certains éléments cliniques qui sont pour nous déterminants ; pris séparément ils ne sont pas décisifs, mais leur association évoque d'elle-même la gravité et doit faire porter les plus grandes réserves sur l'avenir du malade. Nous retiendrons tout spécialement :

1°) L'âge du malade : La R.C.H., est toujours très grave chez l'enfant qui fait plus souvent des formes aiguës, rapidement mortelles . S'il a résisté à une première poussée, c'est assez providentiel, mais l'on devra toujours redouter les poussées ultérieures.

2°) Le retentissement sur l'état général . Il est évident qu'un gros amaigrissement associé à une anémie marquée, sont les indices d'une forme sévère. Une sédation de l'évolution reste toujours possible et la poussée s'amandant, on peut assister à une reprise de l'état général, mais cette attente est très dangereuse et engage directement la responsabilité du médecin.

3°) L'apparition des signes infectieux. Ils traduisent une surinfection des lésions avec ulcération secondaire. De mauvaise augure, elle ouvre la porte aux complications locales et générales dont on connaît la gravité .

4°) L'importance du syndrome dysentérique . Des émissions sanglantes et répétées entraînent une anémie parfois irréversible, ainsi qu'une déperdition très grave des électrolytes de l'organisme. D'où la nécessité d'établir un bilan humoral complet (sodium, potassium, calcium, dosage des protéines...). Ces examens sont très importants puisqu'ils sont à la base du traitement médical à visée symptomatique et des traitements pré et post-opératoires.

5°) La durée et le rythme des poussées , qui, si elles sont trop nombreuses ne permettent pas une récupération suffisante de l'organisme.

6°) Enfin l'étendue des lésions . L'ensemble des auteurs considère cette notion comme un élément important du pronostic. Il va de soi qu'une forme limitée au rectum et au colon descendant, est infiniment moins sévère que la forme généralisée; la radiologie nous renseignera sur ce point .

7°) Le critère thérapeutique reste certainement le meilleur de tous. Si, après un traitement bien conduit, la poussée résiste, on devra intervenir .

- Dans les formes chroniques : L'élément de pronostic réside essentiellement dans le caractère récidivant de l'affection où les éléments cliniques précités, sont à minima, mais pouvant revêtir à la longue un caractère de gravité par les complications qui peuvent s'y adjoindre .

Tels sont, succinctement rappelés les éléments de gravité dans les principales formes cliniques de cette affection. En résumé nous admettrons la règle formulée par J. RACHET : la chirurgie doit être envisagée dans deux circonstances :

- Lorsque l'intensité de la maladie met en jeu le pronostic vital,

- et lorsque la chronicité fait du sujet un invalide .

LES TENTATIVES DE TRAITEMENT MEDICAL

A plusieurs reprises, nous avons fait allusion au traitement médical qui peut dans certains cas être efficace . La grande majorité des auteurs pense qu'il doit être entrepris et c'est également notre sentiment. D'autres préfèrent aux "risques" du traitement médical , une intervention rapide sous peine d'être obligés d'opérer des moribonds et non plus des malades . Nous n'entrerons pas volontairement dans cette discussion, bien que les partisans d'une intervention rapide aient pour eux des arguments sérieux. Il nous suffit de rappeler que la R.C.H. ne peut pas avoir de traitement pathogénique défini puisque sa cause est inconnue et qu'elle ne relève pas toujours d'une médication symptomatique efficace, étant donné la rapidité de son évolution.

Avant d'envisager les possibilités chirurgicales, il nous paraît intéressant de mentionner les divers traitements médicaux qui ont été tentés ces dernières années, et plus spécialement l'action de la cortisone et de l'A.C.T.H.. Nous ne voulons pas en étudier les effets sur la R.C.H. elle même, mais souligner seulement les incidences que son utilisation peut avoir pendant le traitement chirurgical .

Parmi les plus anciennes thérapeutiques médicales essayées nous relevons :

- les abcès de fixation et auto-vaccins (sans succès)
- RACHET utilisa les sulfamides par voie générale et en lavage intestinal (II62 F, solumédine).

- Pénicilline, streptomycine, auréomycine, tétramycine, n'ont pas donné de meilleurs résultats que les sulfamides.

- L'origine allergique de la maladie étant la plus communément admise, en utilisa tout naturellement les antihistaminiques de synthèse, sans grand succès .

- Il en a été de même pour les médicaments de choc
(T.A.B. intra-veineux; Dmelcos)

- L'auto-hémothérapie, la psychothérapie, les infiltrations lombaires n'ont donné aucun résultat intéressant .

- Au sujet de la Cortisone et de l'A.C.T.H., les publications sont contradictoires ; nous devons donc utiliser ces hormones avec beaucoup de prudence. CHARRIER publie l'observation d'un malade (Arch. App. Dig. Janv. 1955) décédé 8 jours après une colectomie, de péritonite asthénique. Il n'hésite pas à rendre la cortisone administrée quelques jours auparavant, responsable de la sidération de la défense de l'organisme, et il conclut qu'il doit y avoir un intervalle d'au moins trois semaines entre la cure d'A.C.T.H. et l'intervention chirurgicale . Il signale également une perforation sigmoïdienne chez un jeune homme de 25 ans qui présentait une atrophie étendue de la paroi gastrique avec perte de substance importante.

Nous n'insisterons pas davantage sur l'emploi de ces hormones dont une étude approfondie a été faite par SIGUIER et ses collaborateurs .

On peut essayer également la sulfapyridine salicylée, mise au point par Nana SVARTZ, qui semble particulièrement active.

Les antibiotiques fongiques ne seront utilisés qu'avec prudence en raison du profond déséquilibre de la flore intestinale qu'ils peuvent déterminer ; à l'exception des formes fébriles, évoluant à la manière d'une grande infection, on ne les emploie pratiquement plus en dehors de l'association streptomycine , PAS intra-veineux, isoniazide .

- Dans le cadre des traitements médicaux, il faut signaler la tentative de traitement par la radiothérapie médullaire . P. DAVIDOVITCH (Arch. App. Dig. Mars 1954) publie un cas de R.C.H. purulente traitée médicalement - sang, protéolysats, extraits

hépatiques, sulfamides per os, Dmelcos - sans succès et dont l'évolution a été transformée par douze séances^{de} radiothérapie pénétrante étalées sur moins d'un mois et appliqués sur la région dorso-lombaire. L'état général du malade s'est considérablement amélioré, avec reprise du poids et disparition des selles sanguinolantes. La rectoscopie montrait une cicatrisation totale des lésions. L'auteur considère que les douze séances de radiothérapie ont entraîné la guérison. S'agit-il d'une guérison réelle ou apparente ? Elle se maintient depuis deux ans .

Comment expliquer l'action de la radiothérapie ? Elle a pu agir sur les surrénales, ou encore sur les centres nerveux médullaires, cette hypothèse paraissant la plus vraisemblable . Mais l'auteur conclut, avec prudence que cette méthode ne peut être considérée comme un traitement de choix. Cependant la roëntgenthérapie médullaire mérite d'être essayée, quand les autres traitements classiques sont mal supportés ou inefficaces.

Tous ces moyens n'apportent donc pas la guérison et nous devons reconnaître l'échec des traitements médicaux dans un grand nombre de cas pour lesquels la chirurgie peut être salvatrice. Toutefois, si le traitement médical ne peut guérir, il est un adjuvant précieux et indispensable de la chirurgie .

Les procédés actuels de réanimation permettent non seulement de surmonter une poussée aigue mortelle, mais sont à la base des soins pré et post-opératoires .

LES SOINS PRE ET POST OPERATOIRES, ET METHODES UTILISEES
POUR OBJECTIVER ET CORRIGER LES TROUBLES HUMORAUX

I) L'alimentation pré et post-opératoire est basée sur les besoins normaux journaliers , soit : pour l'adulte 3 à 4000 calories par jour (40 à 50 cal/kg/j) dont la moitié pour le métabolisme de base.

En période opératoire et post-opératoire, la perte pondérale pendant les 6 jours post-opératoires, est en moyenne de 200 gr. par jour, perte surtout au départ, des glucides puis des lipides puis des protides .

La maladie post-opératoire catabolique, le jeûne pré et post-opératoire, la douleur post-opératoire, la saison (été surtout), les pertes organiques diverses : fistules, aspiration etc... augmentent la destruction tissulaire métabolique.

Nous rappellerons les besoins habituels de l'organisme qui serviront de base au traitement :

- eau : 50g /kg/jour pour l'adulte,
- glucides : 600g/jour "
- lipides : 60 à 100 g/jour
- protides : 100 à 200 g/jour
- sels minéraux : 30g/jour
- vitamines (B1 , B2, B6, PP, B12, A, E, D, C).

A noter que les doses usuelles de ces vitamines doivent être doublées en période opératoire.

2) Les examens biologiques qui seront utilisés pour objectiver
et corriger les troubles .

Le malade doit en effet :

- supporter le choc opératoire,
- cicatriser dans de bonnes conditions,

- ne doit pas se cachectiser après sa fistule grêle.

Pour cela, il faut traiter le plus tôt possible, au besoin un mois avant l'opération et le plus longtemps possible (un mois après),

- son anémie,
- sa déshydratation,
- son hypoprotéïnémie, sa dénutrition,
- ses carences vitaminiques et ioniques .

Les examens biologiques suivants nous permettent de veiller à cet équilibre humoral :

- la formule sanguine,
- le calcul au bleu Evans de la masse sanguine circulant .

- le taux des protéines .Le dosage des protides totaux selon la méthode de VAN SLYKE, est insuffisant pour apprécier exactement la protidémie . En effet on peut avoir une baisse considérable du taux des albumines alors que le taux des protides totaux est sensiblement normal, par suite d'une augmentation compensatrice des globulines; on méconnaîtrait ainsi le déséquilibre biologique .

En pratique , on fera donc toujours le rapport : sérine
: globuline .

- l'ionogramme sanguin, qui nous renseigne sur le squelette ionique du plasma en ^méquivalents (Cl, Na, K, Ca) .

- le point cryoscopique (-0°55) ; il s'abaisse dans l'hyperconcentration ionique plasmatique .

- la résistivité plasmatique. C'est la mesure la plus précise de la concentration plasmatique, en sels minéraux , (normalement 7Iw/cm²:Cm)

- la réserve alcaline (technique habituelle de Van SLYKE).

Tous les examens concordent en général à montrer un sujet en état de déshydratation globale cellulaire et extra cellulaire ,

dont la masse sanguine circulant est diminuée, dont l'anémie et l'hypoprotéinémie sont souvent masqués par l'hypovolémie; dont les processus de coagulation sont perturbés dans le sens hypo ou hyper-coagulabilité, en état de dénutrition, de jeûne et de catabolisme permanent, en déséquilibre ionique .

3) Les voies choisies pour corriger le plus possible les troubles seront les suivantes :

a) parentérales pré-opératoires et post-opératoires dans les premiers jours :

- les perfusions intra-veineuses ou sous-cutanées avec hyaluronidase , mais la correction est en général incomplète en calories, et pas toujours complète en volume (surcharge liquide possible) ,
- le sang isogroupe (ou la purée de globules rouges)
- le plasma sec ou dilué, mais risque d'ictère en particulier .
- le sérum glucosé isotonique, utilisé dans les grandes déshydratations cellulaires ,
- le sérum salé isotonique ou hypertonique,
- la solution de Ringer-Locke à 30 mg/litre de ClK,
- Les protéolysats sont secondaires à côté du plasma.

Accessoirement :

- hépatothérapie après essai de tolérance (méthionine iv 2 à 6g par jour).

Enfin il est souhaitable que l'opéré puisse s'alimenter légèrement, alimentation semi-liquide, riche en glucides, protides, ou pâteuse laissant peu de résidus avec antibiotiques per os : néomycine, tifo-mycine... et vitamines B, levures, bactisubtil. Cette alimentation est complémentaire et se raréfie en approchant de l'opération .

Avant l'opération : On peut consolider l'état général par une courte cure d'androgènes, de frénateurs hypophysaires ; une thérapeutique anabolisante à base de désoxycorticostérone , prostigmine a été proposée par certains auteurs . La cortisone est utilisée également à petites doses pré-opératoires, de même que l'hormone somatotrope hypophysaire. Toutes ces thérapeutiques visent à freiner le catabolisme azoté et glucidique et augmente les réserves .

L'intervention sera précédée par une déconnexion neuro-végétative (méthode contestée par certains auteurs) étalée suivant la thérapeutique classique (largactil, phénergan, dolosal) destinée à freiner les réactions organiques désordonnées. L'anesthésie sera légère, à base de barbituriques iv "short acting" souffrés, avec un relâchement musculaire suffisant donné par curarisation modérée . Oxygénation et transfusion per-opératoire à la demande (évaluation de la perte sanguine par la pesée des compresses).

b) Entérales post-opératoires.

Quelques jours après l'opération, encore méthodes parentérales similaires, en plus on insistera surtout sur les solutés gluco-lévulosés-alcoolisés à 5 % et bicarbonatés calciques et solutions alcalinisantes de Parrow à petites doses, pour lutter contre l'acidose catabolique post-opératoire.

L'alimentation peut être précoce, dès le 2ème-3ème jour et progressive .

Si l'anorexie gêne l'alimentation normale, faire un drip feeding par goutte à goutte duodéal permanent, 20 à 60 gouttes par secondes de 1 litre à 3 litres de solutions nutritives (sonde en matière plastique) :

- laits enrichis de protéolysats buvables etc...
- solution d'isonutrine liquide ou de protéolysats en poudre dilués (3g de Prot. par cuillerée à soupe),

- jus de viande ,
- vitamines (B)
- ClK 3g. , sel 7-10g.
- ultralevure,
- cocktail type RAMMERSMITH .

	(400g glucides
	(
émulsionné: par	(100g. huile arachide
	(
bile ou alcalins	(gomme arabique
	(
	(eau 1000cc
	(
= 2.500 cal.	(ferments digestifs artificiels
	(
	(solubles

sur la base de 3000 cal. par jour dont :

400 g. glucides,
60-100 g. protides,
60 g. lipides

Progressivement on diminuera cette alimentation et on substituera rapidement une alimentation naturelle orale, riche en légumes hachés donnant un bol intestinal consistant .

45

- 1°) des interventions à visée pathogénique ,
- 2°) des méthodes palliatives : ce sont les dérivations externes ,
- 3°) des méthodes d'exérèse ,
- 4°) des méthodes tendant à rétablir la continuité intestinale, après exérèse .

- La vagotomie , défendue par DENNIS & THREK. Elle ne semble pas très efficace. Sur 42 opérés, DENNIS compte 4 morts, 2 aggravations, 2 résultats nuls, 12 succès seulement . Cette statistique, il est vrai, portait sur 42 cas graves .

- La résection du système nerveux pelvien autonome. (SCHLITT et SCHAPIROFF). Après échec du traitement médical, cette intervention a donné des améliorations remarquables, sans toutefois obtenir de guérisons véritables et les lésions coliques subsistaient.

- L'infiltration novocaïnique préfrontale . CATTAN, FRUMNSAN et BUCAILLE ont pu récemment en 48 heures mettre fin à une poussée grave. Pas plus que dans les interventions antérieures on ne peut parler de guérison, puisque cette malade aurait fait deux rechutes légères, deux et six mois plus tard. D'autre part la rectoscopie confirmait que les lésions de la muqueuse persistaient .

Ces interventions, sans nier leur intérêt , ne sont certainement pas suffisantes et leurs effets sont incomplets . Seules

les méthodes palliatives avec dérivations intestinales sont logiques et souvent curatives .

2°) Les méthodes palliatives . On recherche par une dérivation à mettre le colon au repos pour permettre à la muqueuse de se cicatrifier. Rapidement l'infection quasi constante, s'amande et le syndrome dysentérique rétrocede .

- Nous ne ferons que mentionner l'appendicostomie et la coecostomie qui jouissent encore d'une certaine faveur auprès de certains chirurgiens, mais qui ne remplissent que mal ou incomplètement le rôle qui leur est assigné. Leur unique avantage réside dans le fait que l'on peut introduire directement dans le colon malade des agents médicamenteux pour lutter contre l'infection.

- On peut utiliser également des colostomies :

a) la colostomie iliaque gauche n'est indiquée que dans les formes très localisées, ce qui est exceptionnel, étant donné que le colon gauche est à peu près toujours atteint.

b) La colostomie transverse . Cette indication suppose un diagnostic précis : être sûr que le colon droit est indemne, ce qui en pratique, est presque impossible. Elle a l'avantage de permettre à la digestion de se terminer, et à l'absorption de l'eau de s'effectuer normalement .

c) La colostomie droite . Sa réalisation est simple, et les exemples de son usage sont nombreux . BERGERET, ARNAUD, CATTAN en publient plusieurs succès. Elle doit être considérée comme une intervention de nécessité à effectuer d'urgence, chez un sujet dont l'état général est précaire. Elle assure une dérivation totale des matières. Plus facile à réaliser que l'iléostomie, elle présente toutefois le gros inconvénient, dans les R.C.H. graves totales, aiguës ou chroniques, de porter sur un segment qui, s'il est moins atteint que le rectum ou le colon gauche, n'est cependant pas indemne.

Ultérieurement, elle devra être supprimée lors de la colectomie, et remplacée par l'iléostomie. Elle reste toutefois une intervention simple, connaissant moins de complications que l'iléostomie d'emblée.

- L'iléostomie . C'est l'intervention qui a la faveur de la majorité des chirurgiens, très en vogue aux U.S.A.. MONSAINGEON rapporte sa surprise de voir tant d'iléostomies pour des colites ulcéreuses ou R.C.H. pures lorsqu'il visita les hôpitaux des U.S.A. Cette opération est en effet très rationnelle et paraît préférable, même pratiquée d'emblée, à la colostomie droite .

- L'iléostomie terminale est une intervention qui reste encore peu courante en France. D'exécution simple en apparence, elle peut néanmoins entraîner des complications variées et souvent graves, si l'on ne sait ni les prévenir ni les traiter . Cette iléostomie devra être correctement exécutée, sinon l'appareillage dont l'importance est grande pour l'avenir de l'opéré, sera malaisée ou impossible. Cette intervention étant souvent définitive, sa technique ne devra donc pas s'improviser .

Dernièrement, dans la récente édition (1955) du Traité de Technique Chirurgicale de J. QUENU , cet auteur consacre un chapitre clair et précis à l'iléostomie terminale (PERROTIN). MILIARET dans la semaine des Hôpitaux de Juin 1955 apporte quelques précisions sur la technique, résultat de son expérience personnelle, afin d'épargner aux chirurgiens peu familiarisés avec cette intervention, les quelques erreurs qu'il a lui-même commises .

Très bonnes indications dans les polyposes rectocoliques diffuses généralisées, dans certains cas de colite ulcéreuse et dans les R.C.H. où elle constitue un véritable traitement d'urgence dans les cas graves résistant à la thérapeutique médicale. En règle générale, abdominale et iliaque droite, temporaire dans les cas les plus heureux, ou après quelques mois ou quelques années de dérivation, la continuité du grêle et le transit colique ont pu

être rétablis . Enfin très souvent définitive devant les difficultés et les dangers de l'iléostomie anale.

Parmi les procédés d'iléostomie, citons :

a) Celui de WITZEL : la dernière anse grêle est fistulisée à la paroi . On y introduit une sonde . Peu employé, il réalise souvent un drainage incomplet ; en outre , il a tendance à se refermer.

b) Procédé de DENNIS : assez employé aux U.S.A. : après section du grêle , on ferme le bout distal. Le bout proximal est fixé au péritoine . On laisse 3 ou 4 centimètres d'intestin extériorisés. On y introduit un drain que l'on fixe .

c) Procédé de CATTEL (iléostomie bitubulée). Celui-ci, préconisé par CATTEL et adopté par LAHEY ainsi que par la majorité de chirurgiens américains n'a été accueilli en France qu'avec beaucoup de réserve . CHARRIER, BUSSON, RACHET en font une méthode de choix, mais sont assez peu suivis . Cette intervention n'est pas sans inconvénients : elle peut être à l'origine d'occlusions par volvulus du grêle autour de l'anse fistulisée: elle favorise la déshydratation et l'érosion de la paroi . Par contre, elle permet des lavages par la sonde du bout distal et met la totalité du colon au repos. Elle reste pour certains, le seul procédé compatible avec un appareillage, rendant possible une vie normale. Intervention plus complexe que les autres, cette iléostomie bitubulée se pratique par une courte laparotomie médiane; on sectionne le grêle à 30 cm. de l'angle iléocoecal, on extériorise le bout distal à l'extrémité supérieure de l'incision ainsi que le bout proximal, par une courte incision iliaque droite . On suture la tranche mésentérique au péritoine pariétal antérieur . Dernièrement J. MIALARET adopte le principe de technique en déclarant que pour obtenir une bonne iléostomie, l'anse iléale doit être sectionnée avant la fermeture de l'abdomen et que l'extrémité active doit être extériorisée par un orifice isolé, indépendant de l'incision de laparotomie permettant ainsi de traiter localement le colon .

d) A ces procédés déjà connus, il nous paraît utile de rappeler l'essentiel de la technique de l'iléostomie telle qu'elle a été dernièrement décrite dans le dernier traité de technique chirurgicale de J. QUENU. Il adopte en somme le principe de l'iléostomie bitubulée. Nous ne rappellerons ici que les points essentiels de cette technique. En premier lieu il faut insister sur le siège de l'iléostomie, qui devra être soigneusement précisé avant l'intervention, puisque les possibilités d'appareillage en dépendent. Le sac, "l'iléostomy bag", qui a transformé l'avenir des iléostomisés, est supporté par un anneau rigide ou semi-rigide qui devra s'appliquer exactement à la peau entourant l'anus iléal, et y sera collé pour éviter toute "fuite". L'iléostomie sera située sur la paroi abdominale droite, à une distance suffisante des saillies osseuses (épine iliaque, pubis, rebord costal) et de toute dépression cutanée (ombilic, cicatrices, en particulier celle de l'incision de laparatomie); de préférence sous la ceinture chez la femme, pour être moins visible sous les vêtements; chez l'homme on conseille de placer l'iléostomie au niveau de la taille, profitant ainsi de la fixité du pantalon par la ceinture. Il n'y a donc pas d'endroit très précis, puisqu'il varie un peu selon la taille, la corpulence du sujet, selon son type, large ou allongé. Si l'on est embarrassé pour déterminer le siège exact, dans certains cas non urgents - par exemple dans la polypose -, on peut faire des essais pendant quelques jours en collant à la peau l'anneau de l'ileostomy bag, permettant ainsi au malade d'indiquer lui-même le siège le moins gênant. Enfin cet anus iléal "actif" devra toujours être à distance de l'abouchement de l'extrémité coecale de l'iléon.

L'anesthésie. Chez un malade cachectique l'anesthésie locale semble indiquée. Mais il faut deux incisions distinctes, ce qui oblige à une infiltration anesthésique large, qui peut être un facteur favorisant l'infection de la paroi dont la tendance naturelle est déjà de s'ulcérer au contact de l'écoulement du grêle. En outre elle ne permet pas d'apprécier exactement les dimensions de l'orifice pariétal qui doit traverser le grêle extériorisé, sans frottement

ni flottement. Dans ces conditions, l'anesthésie générale légère simplifie beaucoup l'intervention .

Laparotomie . On pratique une incision iliaque droite (oblique ou horizontale), ou para-médiane verticale. On repère la dernière anse iléale . Elle sera manipulée toujours avec beaucoup de douceur, par le mésentère sans être saisie directement par une pince et sans être attirée trop brusquement au dehors .

Section de l'intestin . Elle sera, soit verticale, soit horizontale, mais de toute manière courte. Elle peut être aussi circulaire et pariétale de 2 cm. de diamètre, après résection d'une pastille cutanée . Cette incision d'iléostomie sera toujours à distance de l'incision de laparotomie, permettant le passage de l'intestin sans frottement ni flottement, ni torsion à travers la paroi à laquelle il n'est pas fixé directement. Le mésentère est fixé par contre au péritoine pariétal par l'incision de laparotomie, donc sous contrôle de la vue, sur une longueur de 3 à 4 cm. seulement, limitant les dangers de rétraction ou de prolapsus. Parfois le mésentère est suturé sur une plus grande longueur, 15 cm, diminuant ainsi le danger de volvulus de l'iléon en amont de l'iléostomie. L'intestin doit être extériorisé sur 6 cm. au minimum ; une extériorisation plus courte exposerait à une rétraction excessive et à une sténose; plus longue, elle retarderait la "maturation" de l'iléostomie et augmenterait ^{le risque} d'obstruction terminale . Dans le seul cas où l'on désire pratiquer une greffe cutanée immédiate, le segment extériorisé doit dépasser le niveau de la peau de 10 cm. environ . Quant au segment distal ou juxta-coecal, il sera fixé de façon analogue par l'intermédiaire de son mésentère au péritoine pariétal .

On termine en fermant soigneusement la brèche mésentérique entre les deux extrémités extériorisées pour éviter l'occlusion possible du grêle à travers cet orifice .

On suture enfin la laparatomie .

L'iléostomie étant bien exécutée, le malade n'est pas pour autant "tiré d'affaire". Il faut veiller en particulier au déséquilibre humoral qui est constant. Sur ce point tous les auteurs sont unanimes à reconnaître la place prépondérante que tient le traitement post opératoire visant à rétablir l'équilibre humoral et dont l'intensité dépend de l'état général du sujet avant l'opération, et de l'importance de celle-ci (iléostomie simple ou colectomie totale). Nous avons eu l'occasion d'aborder cette question plus en détails dans un chapitre précédent .

Notre malade a été l'objet de soins post-opératoires importants . Dès le début on a prévenu la "fuite" électrolytique dont l'équilibre conditionne l'avenir de ces opérés .

Pendant les premiers jours qui suivent la constitution de l'iléostomie, il est indispensable de pouvoir surveiller l'aspect de l'intestin et son fonctionnement . Toute stagnation du liquide intestinal sur la peau doit être évitée au maximum . Les pâtes protectrices que nous possédons actuellement sont toutes très insuffisantes . Le pansement sera renouvelé le moins possible .

Il faut enfin éviter de toucher cet intestin fragile dont la moindre plicature et le moindre traumatisme, risquent d'entraîner l'apparition d'une fistule à sa base .

Ces diverses techniques d'iléostomie montrent bien que l'accord n'est pas unanime sur la conduite à tenir vis à vis de l'iléostomie, aussi nous bornerons nous à mentionner simplement les diverses tentatives qui ont été faites en indiquant au passage, brièvement les avantages et désavantages de ces méthodes. Leur multiplicité confirme qu'aucune n'est totalement satisfaisante ; en réalité le problème est trop complexe pour pouvoir proposer une technique unique bien établie, tout étant "cas d'espèce".

WITZEL, DENNIS introduisent volontiers dans l'iléon un tube de PAUL ou une sonde molle de gros calibre, dérivant les excréta

dans un récipient placé au lit du malade. On obtient bien une dérivation des excréta, on évite en principe les ulcérations cutanées ; en réalité, la sonde trop molle se coude souvent, s'obstrue ; si elle est trop rigide, elle peut être responsable de sphacèle iléal et de fistule à la jonction iléo-cutanée . Le frottement, d'autre part, sur les parois de l'intestin, traumatise la muqueuse déjà si fragile , entraînant une occlusion de la bouche par oedème . Si le calibre est trop réduit, elle ne remplit qu'incomplètement son office ; les matières filtrent à côté d'elle ; inutile, elle se trouve rapidement expulsée. Dans les cas les plus sérieux elle peut même être à l'origine de perforations intra-péritonéales de l'intestin.

Au cours de l'iléostomie terminale avec exclusion colique pratiquée par le Pr. BONNIOT, la sonde de PEZZER bien qu'étant de gros calibre, s'est bouchée et a dû être retirée au bout de trois jours .

La sonde ou le tube, introduits dans l'iléon, ont été remplacés d'emblée par un sac spécial transparent, amovible et fixé à la paroi à l'aide d'un anneau collé, mais plus large que celui de l'appareillage définitif, évitant ainsi l'irritation de l'intestin au contact du sac . Technique appliquée aux U.S.A., elle est assez peu suivie en France ; l'appareillage trop large ne peut éviter complètement la stagnation des excréta sur la peau et favorise même l'ulcération cutanée.

On pratique également la greffe cutanée immédiate de l'iléon extériorisé . Cette méthode dite de LAHEY-Dragstedt et préconisée par SHOLL-SANDERS, DENNIS, et BLACK, présente en effet de gros avantages . On ne peut pas dire qu'elle résout tous les problèmes posés par l'iléostomie, mais elle protège au moins l'iléon des traumatismes, évite souvent la rétraction, permet la constitution d'une trompe (anus en gargouille) d'un pénis de 6 ou mieux 8 cm. qui plonge dans le sac d'iléostomie, recueillant ainsi les excréta.

en totalité. Un des inconvénients majeurs au moins se trouve supprimé, celui de l'ulcération cutanée périphérique. C'est une greffe de peau totale et non une plastie par lambeau pédiculé taillé dans la paroi. Elle doit être d'une seule pièce et non constituée de lambeaux étroits juxtaposés, pouvant entraîner des rétrécissements. La greffe est appliquée directement sur l'intestin et suturée à la peau de l'abdomen ainsi qu'aux bords mêmes de l'intestin par quelques points. La prise est la règle. La sonde pour dériver les matières est indispensable. Le pansement ne sera pas touché pendant 7 jours. Les américains BLACK et SHOLL ont publié des résultats très encourageants, cependant les complications ne sont pas exclues : résorption de greffes, occlusions, abcès, fistules ne peuvent être toujours évités. L'obstruction par sténose de l'extrémité de l'iléostomie péniforme est si fréquente que la pratique de la circoncision à la troisième semaine est conseillée. Dans 19 cas sur 80, BLACK et SHOLL, les promoteurs de la méthode, avouent avoir été obligés d'amputer l'iléon extériorisé et de pratiquer une nouvelle iléostomie. Enfin il ne paraît pas inutile de mentionner un autre désavantage de la méthode : cette iléostomie nécessite un appareillage plus volumineux, donc plus apparent. En définitive, certains auteurs très expérimentés comme COUNSELL, LYONS, déconseillent la greffe immédiate.

La suture à la fin de l'intervention, de la muqueuse iléale à l'incision circulaire de la peau est encore souvent pratiquée, elle accélère en somme "la maturation" de l'iléostomie; effectuée par BROOKS avec 29 succès, elle n'est cependant réalisable que si l'extériorisation iléale est très courte, ce qui peut entraîner des rétractions et des sténoses. L'iléostomie terminale pratiquée chez notre malade est une application de cette méthode, avec succès.

Nous ne ferons que mentionner la suture de la muqueuse iléale à la peau après avoir retourné en doigt de gant l'intestin extériorisé. Les résultats semblent encore plus incertains que dans l'iléostomie classique. L'oedème quasi constant entraîne un "lâchage"

en totalité. Un des inconvénients majeurs au moins se trouve supprimé, celui de l'ulcération cutanée périphérique. C'est une greffe de peau totale et non une plastie par lambeau pédiculé taillé dans la paroi. Elle doit être d'une seule pièce et non constituée de lambeaux étroits juxtaposés, pouvant entraîner des rétrécissements. La greffe est appliquée directement sur l'intestin et suturée à la peau de l'abdomen ainsi qu'aux bords mêmes de l'intestin par quelques points. La prise est la règle. La sonde pour dériver les matières est indispensable. Le pansement ne sera pas touché pendant 7 jours. Les américains BLACK et SHOLL ont publié des résultats très encourageants, cependant les complications ne sont pas exclues : résorption de greffes, occlusions, abcès, fistules ne peuvent être toujours évités. L'obstruction par sténose de l'extrémité de l'iléostomie péniforme est si fréquente que la pratique de la circoncision à la troisième semaine est conseillée. Dans 19 cas sur 80, BLACK et SHOLL, les promoteurs de la méthode, avouent avoir été obligés d'amputer l'iléon extériorisé et de pratiquer une nouvelle iléostomie. Enfin il ne paraît pas inutile de mentionner un autre désavantage de la méthode : cette iléostomie nécessite un appareillage plus volumineux, donc plus apparent. En définitive, certains auteurs très expérimentés comme COUNSELL, LYONS, déconseillent la greffe immédiate.

La suture à la fin de l'intervention, de la muqueuse iléale à l'incision circulaire de la peau est encore souvent pratiquée, elle accélère en somme "la maturation" de l'iléostomie; effectuée par BROOKS avec 29 succès, elle n'est cependant réalisable que si l'extériorisation iléale est très courte, ce qui peut entraîner des rétractions et des sténoses. L'iléostomie terminale pratiquée chez notre malade est une application de cette méthode, avec succès.

Nous ne ferons que mentionner la suture de la muqueuse iléale à la peau après avoir retourné en doigt de gant l'intestin extériorisé. Les résultats semblent encore plus incertains que dans l'iléostomie classique. L'oedème quasi constant entraîne un "lâchage"

des sutures, et la muqueuse se rétractant, augmente le risque d'obstruction de la lumière; la circoncision du pénis iléal est alors nécessaire et parfois l'on doit pratiquer une véritable amputation de son extrémité .

Il n'est pas inutile d'insister également sur les soins locaux post-opératoires. Le pansement devra être très simple. On conseille de protéger l'intestin par une simple compresse vaselinée, en évitant les plis, sans recouvrir l'orifice. Un anneau de coton cardé entoure totalement le moignon de manière à le maintenir perpendiculaire à la paroi abdominale. Cette précaution n'est pas négligeable puisqu'elle supprime sa couture et le saphèle secondaire. Un paquet d'ouate de cellulose absorbante recouvre l'orifice; il sera changé autant de fois que cela sera nécessaire, sans pour cela, toucher à la compresse vaselinée. On pourra de la sorte surveiller l'orifice de l'intestin, apprécier le degré d'oedème et vérifier sa perméabilité au doigt. La compresse vaselinée sera laissée en place six jours. La peau, à la périphérie de l'iléostomie sera enduite et protégée par une couche épaisse de pommade grasse, type oxyplastine . Celle-ci ne devra pas être enlevée à chaque pansement sous prétexte de nettoyage, mais simplement tamponnée pour sécher la couche protectrice souillée sans la décaper, et remettre ensuite une seconde couche . MIALARET, par cette méthode, déclare obtenir des résultats équivalents à ceux des américains avec les diverses pâtes protectrices spéciales.

Evolution de l'iléostomie . L'intestin à la fin de l'intervention doit avoir gardé une coloration normale. Une striction excessive dans la traversée de la paroi, lui donnerait une teinte violacée, ce qui nécessiterait un débridement immédiat. Il doit avoir conservé son péristaltisme et fonctionne parfois dès le premier jour. Le lendemain il est oedématié, recouvert d'un exsudat fibrineux , il adhère à la paroi. Au cinquième jour sa surface devient granuleuse, l'oedème régresse et se localise à son extrémité ; il présente alors l'aspect d'un champignon. Vers le dixième jour, l'intestin s'affaisse son extrémité libre se rapproche de la paroi. A la fin de la troisième

semaine, l'iléostomie aura, selon l'expression américaine, achevé sa "maturation", lorsque la muqueuse qui entoure l'orifice de l'iléon adhère à la paroi abdominale . Toute manoeuvre pour raccourcir cette évolution spontannée est déconseillée et même dangereuse. Il faut toucher le moins possible à l'intestin extériorisé, une dilatation prudente et douce de son extrémité est la seule manoeuvre autorisée en cas de sténose .

L'iléostomie, opération de "sauvetage", n'était, jusqu'à ces dernières années, pratiquée qu'in extremis, puisqu'elle était considérée comme incompatible avec une vie normale . L'état général de ces malades amenés au chirurgien était lamentable, la réanimation insuffisante et l'équilibre humoral très incomplètement corrigé. Il n'est pas étonnant que dans ces conditions la mortalité ait été assez élevée : sur 145 cas opérés à Lahey Clinic en 1947, on comptait alors 22 % de mortalité. Elle n'est plus aujourd'hui que de 4 % environ . Les statistiques françaises, en particulier celle du Pr. DELANNOY de Lille , bien qu'elle ne porte que sur 20 cas, font état de résultats identiques à ceux des anglo-saxons. Ces succès tiennent à la précocité de l'intervention, alors que l'état général est encore satisfaisant, aux soins pré et post-opératoires, enfin à l'exécution plus minutieuse de l'iléostomie .

Complications de l'iléostomie .

Les complications de l'iléostomie sont de deux ordres : les unes précoces, les autres tardives .

a) les précoces :

I) surtout les occlusions , fréquentes et souvent graves . Il peut s'agir d'occlusion mécanique du grêle par volvulus ou étranglement dans la brèche mésentérique, plus rarement par agglutination . Elle s'observerait principalement dans l'iléostomie et colectomie en un temps. Une nouvelle intervention est évidemment nécessaire (4 % des cas de la statistique de GARLOCK) et la fixation du mésentère au

péritoiné pariétal antérieur ne suffit pas à l'éviter . En principe ces occlusions sont précoces, du troisième au sixième jour, avec un début brutal et un tableau clinique et radiologique très classique. Mais en pratique cette occlusion mécanique n'est pas aussi typique et le diagnostic avec la simple obstruction qui n'est pas justiciable de la chirurgie, peut être difficile à faire . Si le diagnostic reste longtemps hésitant, on risque d'intervenir trop tard, l'état général du malade s'altérant rapidement . Ceci peut expliquer la lourde mortalité due à cette complication .

L'occlusion par obstruction du segment intestinal extériorisé, est beaucoup plus fréquente. Certaines de ces formes sont incomplètes, transitoires, dues à l'œdème et à la rigidité du segment extériorisé . Plus de 50 % des iléostomisés présentent vers le huitième jour des signes de "dysfonctionnement". Ce sont des coliques douloureuses suivies de nausées et parfois de vomissements. Paradoxalement on assiste à une augmentation du débit de l'iléostomie; l'écoulement devient aqueux, brunâtre, parfois sanguinolent avec odeur fécaloïde . A la radiographie, on verrait des niveaux liquides immédiatement au-dessus de l'anse terminale. On conseille dans ces cas, des dilatations douces et répétées au doigt de l'orifice œdématisé, en évitant de faire saigner la muqueuse . Ces manoeuvres sont en principe suffisantes pour libérer la rétention et calmer les douleurs .

Ces accidents sont en général, transitoires et disparaissent lorsque l'iléostomie a atteint son stade de maturité .

Cette obstruction légère, parfois méconnue, peut devenir complète et donner un syndrome abdominal aigu, qui survient vers le dixième jour . Tous les signes de l'occlusion sont au complet, la perturbation biologique est rapide et intense (déshydratation, hypochlorémie, hypokaliémie, hyperazotémie, acidose) et le malade maigrit. L'oligurie est extrême. Le traitement devra être institué d'urgence, sinon s'installe un état de choc irréversible et la mort survient en quelques heures . Une iléite réactionnelle ascendante vient parfois

compliquer le syndrome occlusif ; des ulcérations apparaissent sur l'intestin et elles peuvent perforer dans la grande cavité. La péritonite aigue associée à l'occlusion est pratiquement toujours mortelle .

Le traitement de ces accidents aigus sera : l'aspiration jéjunale continue par sonde intestinale introduite sous écran (type sonde de MILLER-ABBOTT), jusque dans le duodénum, une aspiration iléale continue en se servant d'une sonde rectale introduite par l'iléostomie , associée à une rééquilibration hydrique et électrolytique. Cette intubation d'urgence par l'iléostomie sera laissée en place plusieurs jours jusqu'à la disparition totale des phénomènes occlusifs ; elle est indispensable si l'on veut sauver le malade. Elle aura de fâcheuses conséquences pour l'iléostomie qui, une fois sur deux, se sphacèle ou se fistulise. Une libération complète de l'intestin avec recoupe et nouvelle iléostomie est souvent nécessaire.

2) Les péritonites par perforation du grêle .

Elles sont rarement dues à un retrait brutal de l'iléon dans l'abdomen, mais plus souvent consécutives à l'iléite méconnue qui accompagne l'obstruction . Même si l'on pratique précocément une résection du segment intestinal perforé, suivie d'une nouvelle iléostomie. Ces péritonites sont presque toujours mortelles.

3) Les ulcérations cutanées .

Nous aurons l'occasion de revenir sur ce délicat problème de l'irritation de la peau autour de l'iléostomie . Constante pendant toute la période de maturation, elle reste très gênante et rend difficile le problème de l'appareillage . Il n'existe aucune pâte qui protège efficacement la peau . Il en résulte des excoriations qui sont pénibles pour le malade pendant la période d'adaptation, mais heureusement sans gravité . Ces ulcérations superficielles peuvent s'étendre en surface et en profondeur . Le liquide corrosif qui sort

en permanence de l'intestin est très agressif vis à vis de la cicatrice abdominale de laparotomie . C'est une raison supplémentaire pour ne pas placer l'iléostomie sur l'incision de laparotomie, la stagnation sur la paroi favorise la formation d'abcès sous-pariétaux. On conçoit que les pansements deviennent de véritables supplices . Les anglo-saxons traitent cette complication par le "postural drainage". Tout pansement est alors supprimé. Le malade est sanglé sur un lit mécanique, permettant de le retourner "dos en l'air". On le laisse aussi longtemps et aussi fréquemment qu'il peut le supporter . La guérison s'obtient dans ces conditions assez facilement . L'iléostomie, si elle est sténosée, devra être reprise et placée à distance .

4) Les fistules stercostales .

Ces fistules s'ouvrent presque toujours à la base de l'iléostomie, au point de jonction avec la peau . Elles succèdent fréquemment à un abcès sous-pariétal avec lequel elles communiquent et sont toujours dues à un traumatisme de l'intestin pouvant survenir :

- soit pendant l'intervention, par les instruments , à la suite d'une striction dans la traversée de la paroi, ou bien lorsque l'on a imprudemment fait des sutures directement sur l'iléon (technique qui doit être proscrite).

- soit au cours des pansements, par la sonde de dérivation lors d'une dilatation digitale de l'anus, par la simple plicature de l'intestin ou bien par pression de l'anneau d'appareillage trop étroit, lorsque le malade s'assied.

Evolution de ces fistules : spontanément, elles ne guérissent pas, elles s'agrandissent. Le drainage des abcès de la paroi se fait mal et les abcès intra-péritonéaux s'ouvrent parfois dans la vessie ou fusent vers le Douglas.

Il faut faire une reprise totale de l'iléostomie; l'intervention est rendue difficile par les adhérences, mais

nécessaire si l'on veut éviter la sténose de l'anus .

b) Les tardives : Ce sont surtout les sténoses et les prolapsus .

La sténose : complication fréquente, principalement lorsque la "maturation" de l'iléostomie ne s'est pas faite normalement. Lorsque la sténose n'est pas trop serrée, elle peut être "salutaire" pour le malade, et certains s'en portent très bien . Elle joue dans ce cas le rôle de sphincter . Cette suppléance inattendue et providentielle doit être surveillée soigneusement . Elle peut en effet, donner lieu brusquement à des phénomènes d'obstruction semblables à ceux rencontrés précocément , mais qui peuvent se compliquer d'obstruction complète, d'iléite ascendante ou de perforation. D'une manière générale on considère comme dangereux tout orifice d'iléostomie qui n'admet pas facilement le doigt . Les petits moyens dont nous disposons : dilatation par bougies, incisions pariétales irradiées plus ou moins profondes, ou les résections circulaires du bourrelet, sont insuffisants ou dangereux et l'on doit souvent "reconstruire" l'iléostomie in situ en extériorisant quelques centimètres d'intestin "neuf" dans un orifice plus large.

Les prolapsus du grêle à travers l'iléostomie .

Ils s'observeraient dans plus de 10 % des cas . Ils sont d'autant plus fréquents que l'**incision** d'iléostomie est plus longue et le sujet plus âgé. Cet accident survient également chez des sujets jeunes, dotés d'une excellente musculature et sur des iléostomies parfaitement bien réalisées. Le mésentère fixé largement à la paroi n'évite pas toujours cette complication. L'étranglement est rare mais l'obstruction ne l'est pas . On proposa le cerclage sous-cutané ; mais il est même nuisible, pouvant entraîner des fistules. La résection de l'intestin extériorisé n'évite pas la récurrence . Fréquemment l'on doit reconstruire une nouvelle iléostomie .

Il nous a paru utile d'insister plus longuement sur l'iléostomie abdominale qui reste incontestablement une intervention intéressante . Sa réalisation est assez délicate et peut être parfois grévée de complications sérieuses, qu'il nous est difficile de prévenir et encore plus de guérir. Elle n'en reste pas moins pour beaucoup d'auteurs, le meilleur moyen d'arrêter la maladie et de sauver le malade . Elle ne coupe pas les ponts pour l'avenir puisque l'on peut espérer dans un petit nombre de cas, rétablir la continuité du canal alimentaire .

L'iléostomie peut donc être considérée comme une intervention bénigne. Elle sauve souvent le malade au cours de poussées aiguës, mais les lésions restent évidemment en place, l'exposant aux récidives .

Le choix de la dérivation externe :

Il est fonction de l'étendue des lésions. La clinique , par le point de départ des coliques qui est toujours le même pour un même malade, ne peut permettre qu'une localisation approximative. Ce sont le cologramme et la recto-sigmoïdoscopie qui, en définitive, vont préciser le siège de la lésion. En pratique l'expérience montre que l'on ne peut pas dériver après la partie droite du colon transverse sous peine d'intervenir en pleine zone malade, ce qui serait inutile et dangereux. On doit donc dériver au minimum sur le colon ascendant, encore faut-il être sûr qu'il est intact; dans ce cas la coecostomie terminale haute peut trouver ses indications. Elle aurait en ^{effet} l'avantage sur l'iléostomie de permettre une déshydratation des matières tout en mettant le colon au repos, ce qui est le but recherché, et des lavages intestinaux . Mais cette indication est exceptionnelle et c'est à l'iléostomie que l'on a le plus souvent recours.

Dans notre observation, le colon très spasmé, de couleur rosée, oedématié, rigide, était intéressé dans sa totalité, y compris le coecum. Une telle étendue des lésions excluait toute dérivation sur le coecum et la coecostomie terminale haute était

irréalisable. L'iléostomie restait la seule indication logique d'urgence. Malheureusement cette première intervention devait être complétée moins de deux mois après, par une colectomie totale et rectoprotéctomie. Cette iléostomie de "Sauvetage" n'avait pas été suffisante pour assurer la guérison. Les cas où la colectomie totale peut être évitée et où l'on se contente de refermer la dérivation sont rares; pour parler de guérison il faut exiger trois conditions :

- disparition complète et prolongée des signes cliniques, en particulier, cessation des douleurs et des hémorragies par l'anus. Les selles doivent être normales.

- cicatrisation complète des lésions muqueuses à la rectoscopie,

- enfin la radiographie sous lavement opaque doit montrer un colon de calibre normal et d'haustration suffisante .

Avant d'aborder les diverses méthodes d'exérèse, il nous faut encore citer la dérivation interne. Nous n'insisterons pas volontairement sur cette intervention qui ne peut être envisagée dans la R.C.H.. En dehors de sa réalisation technique aléatoire, elle réunit tous les inconvénients. Elle ne présente qu'un seul avantage, celui de ne pas exiger l'iléostomie préalable.

3°) Les méthodes d'exérèse .

Elles comprennent :

- a) les primitives . Certains auteurs comme BACON, après échec du traitement médical (J. Chir. 1954) préconise l'iléostomie et la colectomie associées dans le même temps opératoire . L'ablation du rectum nécessaire dans la grande majorité des cas étant remise à plus tard. La qualité des résultats éloignés constitue l'intérêt majeur de la colectomie . La réhabilitation atteindrait 91 % des cas.

LAURENCE, S. FALLIS, J. BARON (J. Chir. 1954) s'attachent à démontrer l'avantage de la colectomie totale en un temps quand l'état général du malade le permet . Pour réduire le choc périnéal, malgré les progrès de la réanimation, ces auteurs apportent des modifications techniques de la colectomie totale . Le temps abdominal consiste en un décollement colo-épiploïque suivi de la mobilisation du colon droit, entreprise de haut en bas et de l'angle hépatique au coecum. La section est reportée en fin d'intervention s'il n'y a pas eu d'iléostomie préalable . Puis on libère le colon gauche. On lie l'artère hémorroïdale supérieure et la dissection du rectum est poussée jusqu'au plancher périnéal, après section des ailerons, du muscle recto-coccygien et dépouillement de l'insertion sur le bas rectum des fibres musculaires du releveur. La muqueuse est coupée le plus bas possible. Le temps abdominal est terminé par une péritonisation minutieuse. Le temps périnéal, réduit au minimum consiste seulement à enlever la muqueuse et la sous-muqueuse restante du canal anal. Le sphincter est respecté. L'auteur insiste sur la rapidité de la convalescence et sur l'importance du point de vue psychologique de laisser le sphincter intact .

P.B. COUNSELL, GOLIGHER admettent (J. Chir. 1953) également dans un premier temps opératoire, l'iléostomie et la colectomie subtotalaire antérieure. Puis dans un deuxième temps l'amputation du bout terminal de l'intestin.

Ch. RIPSTEIN (J. Chir. 1954) partage également ce point de vue . Sur 43 malades opérés, l'auteur ne déplore que deux décès.

Malgré les résultats obtenus, ces interventions restent très graves et les échecs sont fréquents.

b) Les secondaires . Elles comprennent :

- les colectomies partielles . Les indications en sont rares étant donné l'étendue habituelle des lésions . Nous n'insisterons pas d'avantage sur cette méthode puisque notre travail

concerne plus spécialement les formes graves pour lesquelles il ne saurait être question que de colectomie totale, pas davantage d'ailleurs sur les indications qui sont réservées aux formes localisées d'ulcerative colitis. Ces formes sont rares. Aux U.S.A. elle est de plus en plus abandonnée devant les difficultés que l'on rencontre en cours d'intervention à préciser les limites exactes des lésions, donc de juger de l'importance de la résection.

- les colectomies totales . Ces interventions doivent être considérées comme l'acte vraiment curatif de la R.C.H. grave puisqu'elle comprend l'exérèse de l'organe malade . En effet le colon sur lequel on intervient est dangereux par les microbes divers qu'il contient et souvent inutilisable en raison de sa rigidité et de son rétrécissement. La colectomie totale est donc l'acte logique, mais peut s'avérer insuffisante si les lésions intéressent le rectum, éventualité assez fréquente nécessitant une coloproctectomie totale .

- le coloproctectomie . Cette intervention pratiquée en un ou deux temps, selon que l'on a fait ou non une iléostomie préalable , a déjà été l'objet de nombreuses publications. Récemment DELANNOY en publie un cas (Arch. App. dig. mai 1954). Cet auteur tout en ne sousestimant pas la gravité de telles interventions, donne les conclusions suivantes :

- l'iléostomie terminale isolée n'est pas une bonne opération. Elle doit être réservée aux malades tellement déficients que toute autre tentative chirurgicale s'avérerait exagérément meurtrière. Dans ce cas, l'iléostomie sera faite de préférence en canon de fusil à pont de peau, pour permettre les lavages et les traitements antibiotiques du colon exclus.

- le malade étant remonté et la preuve étant faite que le colon restera définitivement inutilisable, la coloproctectomie en un temps paraît être l'intervention de choix.

- dans de nombreux cas, les moyens modernes d'anesthésie et

de réanimation, doivent permettre de pratiquer en même temps l'iléostomie et la colectomie subtotalé jusqu'au sigmoïde , avec anus iliaque gauche qui supprimera la plus grande partie du foyer hémorragique ou ~~tox~~-infectieux. La portion restante jusqu'à l'anus, sera enlevée quelques semaines après le premier temps .

La coloproctectomie totale a donc l'avantage d'enlever les lésions, mais laisse en place l'iléostomie iliaque. L'abouchement de l'iléon terminal au canal anal, malgré certains artifices techniques ne permet pas toujours d'éviter les inconvénients de l'incontinence anale habituelle dans l'abouchement de l'iléon à l'anus. C'est le problème du rétablissement de la continuité.

4°) Méthodes tendant à rétablir la continuité après exérèse .

a) les primitives : elles ne peuvent être envisagées en poussée aigue sans faire courir des risques considérés au malade et l'échec serait certain.

b) les secondaires : les difficultés restent grandes . Les succès sont rares et pourtant le malade qui a passé le cap dangereux a le droit de réclamer qu'on le délivre de cette infirmité sérieuse qu'est l'iléostomie . La chirurgie ne peut actuellement garantir le succès . Les malades qui sont souvent jeunes, ont le ventre constamment souillé et la peau irritée par des matières liquides . Aussi comprenons-nous fort bien leur désir d'être libérés de cette infirmité et d'avoir une existence socialement acceptable.

Les moyens sont différents selon que le rectum a été ou non conservé. Avant d'envisager les diverses techniques du rétablissement de la continuité il est bon de rappeler que le traitement d'adaptation fonctionnelle a été associé d'emblée par certains chirurgiens américains , à la résection du colon . Certains ont également pratiqué une anastomose iléo-rectale latéro-latérale avant la résection. BERGERET en France publie une observa-

tion de résection avec rétablissement de la continuité en un même temps. Il s'agissait d'une colectomie gauche avec amputation du rectum par voie abdomino-périnéale, suivie immédiatement d'une implantation de la partie terminale du grêle dans l'anus. Malheureusement la fistule anale n'a pu être évitée, et le malade est mort après un second temps de colectomie droite. De telles observations doivent nous inciter à la prudence, aussi l'ensemble des chirurgiens français pratique-t-il la dérivation interne, après la colectomie.

Trois procédés restent à notre disposition :

- l'iléostomie termino-terminale,
- l'iléostomie latéro-terminale,
- la plastie coeco-iléo-anale.

A - L'iléostomie termino-terminale .

Elle pourra se faire dans le sigmoïde, dans le rectum ou dans l'anus. CHARRIER, RACHET, BUSSON publient une observation d'iléosigmoïdostomie termino-terminale. HANDELSMANN, RAVITCH publient trois iléostomies anales termino-terminales avec un très bon résultat fonctionnel. Le malade de BERGERET-ARNOUX fut porteur avant son temps de colectomie, d'une iléostomie anale avec continence, mais fistule.

B - L'iléostomie latéro-terminale . Là encore nous pouvons réaliser trois types d'anastomose :

- l'iléosigmoïdostomie ,
- l'iléorectostomie,
- l'iléoanostomie .

De VERNEJOUL publie une observation d'iléorectostomie avec anastomose iléorectale latéro-terminale. CHAMPEAU, CATTAN, BLOCH-LAROQUE rapportent un cas d'anastomose iléo-anale latéro-terminale qui aurait bien fonctionné malgré une fistule recto-

vaginale . CHAMPEAU cherchant à perfectionner ce procédé, oblige les matières à stagner dans le cul-de-sac qui dépasse l'anastomose. Pour cela il garde un bout de 50 cm de grêle, et l'implante en termino-latérale dans l'anse grêle elle-même. Il réalise une sorte de circuit qui lui aurait donné toute satisfaction .

C - La plastie coeco-iléo-anale.

FIGARELLA en publie une observation qui aurait "parfaitement fonctionné" pendant quelques mois . Une fistule, toutefois l'obligea à mettre l'anastomose au repos.

On abouche à la partie haute du coecum l'anse exclue; celle-ci est anastomosée en termino-terminale au canal anal . Ce procédé permet d'éviter au moins un des écueils, celui de la déshydratation, puisque les phénomènes de digestion et d'absorption vont pouvoir s'effectuer dans le sac coecal. Le bol fécal, déshydraté, facilitera le fonctionnement de l'écluse anale.

Que penser de ces anastomoses iléo-rectales et iléo-anales ? Nous envisageons dans un autre chapitre, les résultats et les limites de cette chirurgie, mais d'ores et déjà, qu'il nous soit permis de signaler les dangers de telles interventions .

- Pour l'iléo-rectale, ces dangers sont :

- les uns immédiats avec la désunion de l'anastomose , qui peut être génératrice de péritonite ou de fistule, surtout à craindre lorsque la paroi rectale est épaissie et enflammée. C'est pour cette raison que le rétablissement de la continuité sera exécuté en un second temps, après la colectomie ,

- les autres secondaires et tardifs : ce sont les récidives de la maladie et l'extension des lésions à l'iléon . Le résultat fonctionnel de l'anastomose iléo-rectale, est d'autant meilleur que l'on aura pu garder davantage de rectum.

- Pour l'iléo-anale : on craindra la nécrose de l'anse iléale abaissée, provoquant une péritonite mortelle ou une fistule, parfois le sphincter ne suffit pas à assurer la continence. Ce procédé d'iléostomie anale, à l'inverse de l'abdominale ne permet aucun appareillage . Elle se complique souvent de lésions périnéales très pénibles pour le malade , au point qu'il réclame au bout d'un certain temps, l'iléostomie définitive abdominale. Aussi, en France ne partage-t-on pas l'enthousiasme des américains tels RAVITCH, pour l'iléostomie anale . La continence totale s'observe à peine dans 1/3 des cas , 1/3 sont totalement incontinents, 1/3 enfin, s'ils bénéficient d'une continence diurne, se souille pendant la nuit . C'est parmi ces derniers et à leur demande, qu'on supprime l'anastomose iléo-anale au profit d'une iléo-abdominale. Les procédés de CHAMPEAU et FIGARELLA ne sont que d'ingénieux artifices, mais il est peu probable, selon d'ALLAINES, "que des réservoirs puissent jouer un rôle direct très efficace dans l'amélioration des fonctions sphinctériennes". Le pouvoir de résorption de l'eau par l'iléon ou le coecum est-il vraiment suffisant ? Le problème de la continence est certainement le plus difficile à résoudre. ROUX et MARCHAL insistent beaucoup sur la conservation de la musculature rectale avec sa vascularisation et son innervation . Ce but, difficile à atteindre, est dans le cas présent des R.C.H., le plus souvent irréalisable, puisque les lésions débordent toujours la muqueuse rectale.

Tels sont brièvement envisagés, les divers procédés auxquels nous pouvons avoir recours dans la chirurgie de cette affection. Nous avons ébauché, précédemment, la discussion des incidents et accidents principalement rencontrés lors des tentatives de rétablissement de la continuité .

LES INDICATIONS CHIRURGICALES -:-:-:-:-

Nous avons déjà précisé dans le chapitre de la clinique que les formes aiguës, subaiguës et chroniques de la maladie mettent directement la vie du malade en danger . Elles relèvent par conséquent de la chirurgie, puisque le traitement médical a été inefficace. Le pourcentage de R.C.H. graves opérées est variable d'un auteur à l'autre. Si l'on tient compte des statistiques américaines et françaises, il ressort que la chirurgie est indiquée dans 20 à 30 % des cas environ. Elle pourrait abaisser le taux de mortalité médicale de 20 % .

Nous avons également défini dans un chapitre précédent les éléments de gravité propres à chacun de ces trois formes cliniques, qui commandent de façon impérative l'intervention . Nous n'y reviendrons donc pas . D'une manière plus générale, l'indication opératoire va dépendre de l'évolution des lésions et de l'atteinte plus ou moins prononcée de l'état général . Selon les cas, nous serons amenés à pratiquer :

- soit une intervention d'urgence, dite de "sauvetage", sans que le malade ait pu bénéficier de soins pré-opératoires. L'iléostomie est ici la méthode de choix ; c'est en effet une intervention rapide, non choquante qui peut se faire au besoin, sous simple anesthésie locale .

- soit une intervention à "froid", en particulier dans les formes chroniques récidivantes . Les conditions ne sont évidemment pas comparables, puisque le malade a pu être préparé psychologiquement et surtout biologiquement .

Les divergences de vue de certains auteurs, en particulier sur le nombre de temps opératoires, ainsi que les progrès des techniques modernes, ont suscité de nombreuses polémiques sur la conduite à tenir en présence d'un syndrome de R.C.H. grave.

Voici pour notre part, ce que nous conseillons :

- en cas d'urgence , on fera une iléostomie selon le procédé le plus rapide et le plus facile (WITZEL ou DENNIS par exemple). C'est en outre une opération peu choquante pour le malade, plus spécialement indiquée chez les sujets cachectiques. Bien entendu, nous n'insisterons pas encore sur l'importance des soins post-opératoires .

- à froid :

a) dans un premier temps, on pratiquera une iléostomie terminale,

b) dans un deuxième temps on fera une colectomie .

Toutefois la possibilité de grouper les deux temps opératoires (iléostomie et colectomie) n'est pas exclue lorsque l'état général et le bilan humoral sont satisfaisants .

- Quand doit-on réaliser la colectomie ?

- Quelle extension doit-on lui donner, avec la possibilité d'amputation complémentaire du rectum et conservation du coecum ?

- Quel est le nombre des temps opératoires ?

Tels sont les trois problèmes que nous allons essayer de résoudre. Celui du rétablissement éventuel de la continuité sera envisagé ultérieurement .

a) La date de la résection : les progrès de la technique et des soins pré et post-opératoires nous permettent d'espérer réduire de plus en plus les délais des différents temps opératoires . Sur ce point les avis restent encore très partagés. MILLER, BACON, TRIMPI aux U.S.A. n'hésitent pas à pratiquer en un temps colectomie et iléostomie. GOLIGHER exige un intervalle de trois à six mois entre les deux interventions. Récemment, les délais étaient encore raccourcis puisque trois à six semaines seulement après l'iléostomie étaient exigées .

D'autres chirurgiens américains (WANGENSTEAN et TOON) ont été plus audacieux puisqu'ils pratiquent seulement la colectomie totale avec iléostomie, mais réimplantent l'iléon dans le rectum. DENNIS et KARLSON de New-York ont suivi TOON et WANGENSTEAN et déclarent notamment, que le taux de mortalité n'est pas augmenté ; il serait même diminué. Ils publient 1 mort sur 35 cas. L'iléostomie et la colectomie en un temps aurait fait baisser le taux de la mortalité de 12 % à 5 % .

Certes ces chiffres très encourageants ont exhorté certains chirurgiens français à suivre la même voie . Malheureusement les résultats publiés jusqu'à ce jour, n'ont pas été aussi satisfaisants. La plupart des opérés mourraient quelques jours plus tard ; (observation de MULLER, MELEY et BOUTEILLE MEYRIEUX). Notre expérience est encore trop limitée, puisque nos statistiques ne portent que sur un petit nombre de cas, mais l'école française n'en reste pas moins très réservée sur l'association des diverses interventions . Ainsi, provisoirement du moins, nous croyons qu'il est préférable de séparer l'iléostomie de la colectomie, à l'exclusion toutefois de la perforation colique où le drainage abdominal, associé à la dérivation serait très insuffisant. C'est un cas particulier, où, la main forcée, nous devons tout réaliser en un temps. Mais il ne faudrait pas pour autant, prolonger les délais entre les deux interventions . En effet, l'amélioration apportée par l'iléostomie est loin d'être toujours définitive, dans les formes aiguës en particulier, où les rechutes peuvent survenir très tôt . Dans notre observation, moins de deux mois et demi après l'iléostomie, la reprise du syndrome dysentérique nous obligeait à pratiquer la colectomie totale avec rect. proctectomie .

Il semble donc difficile de fixer une date précise pour la colectomie, mais nous pouvons admettre en tenant compte des observations américaines, que l'intervalle séparant les deux interventions ne doit pas être inférieur à une vingtaine de jours et ne doit

pas non plus dépasser six semaines. La colectomie doit être pratiquée dès que l'amélioration des signes généraux et biologiques est suffisante pour envisager l'exérèse avec des chances raisonnables de succès .

Ces indications sont évidemment très schématiques puisque ce délai doit être prolongé dans les cas où l'on peut espérer la guérison de la R.C.H.. Dans l'iléostomie précoce et à plus forte raison lorsqu'il s'agit d'iléostomie de principe, nous avons le droit d'espérer une rémission, et l'indication de la colectomie pourra alors être repoussée ; les délais pourront être augmentés à condition que les lésions intestinales disparaissent totalement . Cette attitude nous semble raisonnable et c'est elle que nous conseillons actuellement .

b) L'extension . Le problème de l'extension de la résection a été ébauché puisque la colectomie partielle a trop peu d'indications . Elle semble aussi meurtrière que la colectomie totale (CATTEL-SACHS). La colectomie totale reste certainement l'opération la plus logique, malheureusement elle peut s'avérer insuffisante , le rectum et le sigmoïde sont très souvent intéressés; c'est même à ce niveau que les lésions sont les plus prononcées. Notre observation confirme cette constatation . En cours d'intervention les parois rectales se révélèrent très friables . Dans ces conditions il n'a pas paru possible au Pr. BONNIOT de se fier à la simple suture du bout distal du rectum et d'abandonner celui-ci dans la cavité pelvienne en vue de sa conservation et de son exérèse retardée, ce qui l'obligea à terminer par une proctectomie périnéale. Des observations analogues ont été publiées par BERGERET, FALLOT, MONSAINGEON . La coloproctectomie nous paraît donc légitime toutes les fois où les lésions rectales sont importantes et anciennes , où elles n'ont pas régressé depuis l'iléostomie, enfin si elles s'accompagnent de complications locales : abcès, fistules, rétrécissement. Dans les autres cas (5 à 10 %), le rectum peut être conservé,

la colectomie s'arrêtera à la jonction recto-sigmoïdienne. Par la rectoscopie, la surveillance du rectum est aisée. Si les lésions régressent, on pourra envisager le rétablissement de la continuité, dans le cas contraire, on procèdera à l'amputation du rectum. On s'efforcera toujours de laisser le canal anal, ce qui ménage l'avenir pour une plastie périnéale ultérieure.

La conservation du cœcum au cours de la colectomie, peut trouver ses indications dans le cas de l'intégrité de cette partie du gros intestin. Elle est rarement réalisable et certains auteurs (FIGARELLA et ses Elèves) pensent que sa conservation est une excellente garantie contre les insuffisances physiologiques de l'iléostomie. Nous avons déjà abordé cet aspect de la question, dans le traitement d'urgence par la colostomie droite.

c) Le nombre des temps opératoires. Il est certainement très variable et dicté par l'état général, par les conditions locales et aussi un peu par les habitudes de chacun. Il ne paraît pas très souhaitable de multiplier les temps opératoires, tout en se souvenant que la chirurgie colique ne souffre pas d'imprudences. Intervention d'exérèse très employée, elle peut être pratiquée :

- en un temps ; ce qui est de plus en plus fréquent, ou
- en plusieurs temps.

Certains auteurs l'ont faite d'emblée, lors de l'iléostomie. Enfin, elle peut être isolée ou associée à une anastomose iléo-sigmoïdienne ou rectale. A notre point de vue, ces méthodes sont à déconseiller. La technique de la colectomie totale ne présente pas de particularités. A l'inverse des exérèses pour cancer, les mésos avec leurs ganglions pourront être réséqués au ras du colon, ce qui simplifie considérablement l'acte opératoire. Nous nous bornerons à rappeler les temps essentiels de la colectomie :

- la voie d'accès ; aux U.S.A., on préfère la large incision para-médiane gauche ; en France, les préférences vont à la médiane sus et sous-ombilicale .

- la consuite de l'exérèse : de droite à gauche, avec section première du bout restant de l'iléon et évagination de ce bout . On pratique ensuite successivement :

- le décollement du colon droit et de l'angle droit avec péritonisation de la fosse iliaque droite ,

- la libération du transverse, après décollement colo-épiploïque et ligature des vaisseaux, remontant ainsi jusqu'à l'angle gauche . On suturera la brèche rétro-gastrique pour éviter l'occlusion mécanique tardive . (CHARRIER en publie une observation).

- l'angle gauche est décollé ainsi que le colon descendant, suivi de péritonisation de la fosse lombaire gauche .

- puis libération du sigmoïde jusqu'à l'angle recto-sigmoïdien si l'on ne veut pas pratiquer l'ablation du rectum . Le sigmoïde est fermé et invaginé .

- enfin péritonisation du pelvis .

- drainage par deux drains lombaires rétro-péritonéaux.

Les suites de la colectomie

Elles sont le plus souvent simples. Néanmoins des complications pourront survenir :

Précocément :

- a) l'occlusion (sur 81 colectomies , 9 occlusions pour BROWN)
l'iléus
agglutination d'anses, volvulus, brides .

b) péritonite , pouvant être masquée par l'aspiration, et surtout l'emploi des antibiotiques .

Tardivement :

- occlusion du grêle par brides,
- reprise de la R.C.H. sur le moignon sigmoïdien laissé en place.

c) le rétablissement de la continuité, dans un troisième temps : l'iléostomie abdominale définitive, même bien exécutée , et fonctionnant correctement n'en reste pas moins une intervention mutilatrice. Il est donc normal que les chirurgiens aient cherché à rétablir la continuité du tube digestif, ou à défaut tenté d'appareiller les dérivations externes définitives . Ces deux questions sont à l'ordre du jour; de nombreuses tentatives ont déjà été faites dans les deux cas . Malheureusement les difficultés sont grandes et les résultats, peu encourageants .

En Amérique, on conserve volontier la dérivation externe initiale. Les colostomies étant peu pratiquées, les malades sont abandonnés avec une bonne iléostomie . C'est une décision très sage, puisqu'elle écarte les complications périnéales : abcès, fistules...) qui sont pratiquement la règle après le rétablissement de la continuité . La crainte de ces complications explique l'attitude, facilement abstentionniste de certains chirurgiens qui préfèrent jouer la prudence en appareillant correctement l'iléostomie, plutôt que d'exposer leur malade à des complications souvent fatales. Pour notre malade le problème était un peu différent, puisque nous avons du, par nécessité, compléter la colectomie totale par une recto-proctectomie . Nous ne pouvions donc plus envisager un rétablissement de la continuité . Il vit donc avec son iléostomie parfaitement bien supportée, sans dégâts cutanés, et notre malade conscient de la situation très grave dans laquelle il s'est trouvé, s'en accomode aisément, puisqu'il mène actuellement une vie normale, travaillant 10 heures par jour à son atelier tout comme un sujet porteur d'anushiliaque définitif .

Certes, l'avenir de toutes les iléostomies est loin d'être toujours aussi favorable, mais, contrairement à ce qu'ont écrit certains auteurs, nous croyons que ces sujets, bien appareillés, peuvent avoir une vie socialement acceptable. RIPSTEIN, MILLER, GARDNER aux U.S.A. , déclarent que les soins de l'iléostomie ne constituent pas un problème trop difficile avec le type de sac actuel, pensant que "l'iléostomie permanente est le prix qui doit être payé pour la guérison ..." DUGAL déclare également "que les améliorations apportées à la technique de l'iléostomie et l'emploi de sacs perfectionnés du type RUNTZEN ou autre, ont beaucoup contribué à rendre la situation de ces malades moins pénible ..." . Nous partageons cette opinion et préférons une bonne iléostomie de sagesse plutôt qu'une mauvaise dérivation interne basse, trop souvent grêvée de complications . Dernièrement les américains sont parvenus à la contention prothétique de l'iléostomie abdominale, grâce à des sacs et à des vernis qui assurent une propreté complète . Quelques précautions restent cependant à prendre : éviter les selles irritantes et compenser les pertes en eau et vitamines . Nous consacrerons ultérieurement un chapitre spécial aux appareillages des dérivations externes . Il nous semble que cette question est digne d'intérêt , puisque la chirurgie réparatrice est encore incertaine .

Le problème du rétablissement de la continuité, est donc pour nous untroisième temps opératoire . Les difficultés sont loin d'être toutes résolues, aussi pensons-nous qu'il doit être tenté sous les conditions suivantes : le malade doit avoir été préparé psychologiquement et averti des risques de telles interventions . Il ne faut opérer, à notre sens qu'à la demande expresse du malade, après avoir su attendre un temps assez long, pour que celui-ci ait pu "s'habituer et préférer " l'iléostomie abdominale à toute autre intervention. Enfin nous déconseillons la colectomie et le rétablissement de la continuité dans le même temps .

LES RESULTS

La simple iléostomie abdominale comporterait une mortalité importante, certains auteurs accusent 40 % . Bien que ce chiffre nous paraisse un peu élevé, nous ne pouvons pas le rattacher semblait-il à l'acte opératoire lui-même . Il s'agit d'une intervention courte, très peu choquante; aussi ce taux de mortalité élevé tient-il plutôt à la maladie elle-même ? Les phénomènes sépticémiques et le processus ulcératif continuent à évoluer pendant quelques jours. Chez un sujet parfois très affaibli, une reprise de l'hémorragie ou une péritonite par perforation peuvent avoir dans ces conditions raison rapidement du malade .

Au cours des divers procédés de dérivation externe, de résection, de rétablissement de la continuité, nous avons déjà signalé au passage les séquelles post-opératoires, mais il nous paraît utile de rappeler les principaux accidents rencontrés dans ces trois modes de traitement .

a) l'occlusion par volvulus du grêle autour de l'anse fistulisée . RACHET, BUSSON et les Américains en ont publiés plusieurs cas. Les procédés de CATTEL(iléostomie bitubulée) et DENIS en particulier sont très ingénieux, mais insuffisants pour empêcher le volvulus de se produire. Celui de CATTEL en outre favorise la déshydratation par son bout proximal extériorisé dans la fosse iliaque droite .

b) l'irritation de la peau au voisinage de l'anse grêle complication locale presque inévitable de l'iléostomie . Après un stade de boursoufflure de la peau qui rougit, apparaît un eczéma avec sensation de brûlure locale intense, très pénible pour le malade, se renouvelant à chaque prise alimentaire. A ce moment les sucs digestifs sont en effet secrétés en abondance et se **versent** à la périphérie de l'anus en même temps que les matières. Ce grave inconvénient apparaît précocément, mais fort heureusement, la peau se stratifiant finit par se durcir et l'irritation s'amende progressivement sous l'effet d'un traitement local à base de pommade, vernis protecteurs, ou d'appareils de prothèse .

c) la déshydratation avec perte en vitamines et sucs digestifs doit être soigneusement compensée au début chez ces malades déjà très **affaiblis**. C'est pour cette raison que les auteurs insistent sur l'intérêt qu'il y a à pratiquer chaque fois que c'est possible une dérivation haute type coecostomie haute pour pallier au moins en partie, ^à cette grasse déperdition en eau et vitamines qui est constante dans l'iléostomie .

Les accidents de la résection ne méritent pas que nous nous y attardions particulièrement. Nous les avons déjà mentionnés en traitant les suites de la colectomie . Ce sont essentiellement:

- l'occlusion dont le diagnostic étiologique s'avère ici délicat,
- l'iléus ,

- l'agglutination d'anses, volvulus, bride ,
- la péritonite , pouvant être masquée par l'aspiration et les antibiotiques. Celle-ci n'est souvent mise en évidence que par l'occlusion qu'elle entraîne secondairement .

- secondairement on redoutera plus spécialement l'hémorragie récidivante sur le moignon sigmoïdizn restant et l'extension de la maladie à l'iléon, redoutables mais exceptionnelles.

- Enfin nous ne saurions trop insister sur les phénomènes de dénutrition déjà évoqués à plusieurs reprises, qui pourront être réduits au minimum chaque fois qu'il sera possible de conserver le coecum .

2) Le rétablissement de la continuité est le véritable souci du chirurgien. Les résultats obtenus sont très décevants; nous n'avons cessé tout au long de ce travail de les signaler. Loin de les minimiser, il nous faut au contraire en connaître les multiples inconvénients ou insuccès, ce qui nous exhortera à la prudence et nous fera discuter soigneusement l'indication opératoire. En effet le grand danger de la dérivation périnéale est l'incontinence. Le malade qui a franchi le cap dangereux désire être libéré de son infirmité et réclame un rétablissement de la continuité . Il accepte les risques de l'opération et malgré toute l'habileté du chirurgien l'incontinence ne peut pas toujours être évitée; "moins laide certes, moins humiliante également, mais incontinence tout de même qui est de plus, difficile à appareiller", son intérêt devient ~~minime~~. Une bonne iléostomie n'est-elle pas alors bien préférable ? Il s'agit en effet d'un écoulement incessant de matières liquides, irritantes, principalement dans les anastomoses anales (procédés de BERGERET, CHAMPEAU, FIGARELLA). L'incontinence est le plus souvent totale et continue, parfois relative et seulement déclenchée par la digestion, l'effort, l'émotion . Quoiqu'il en soit le résultat local est le même et toujours désastreux. Très vite apparaît un

érythème puis, des ulcérations péri-anales, résultat d'une véritable digestion de la peau par les sucs intestinaux ; les organes génitaux, la face interne des cuisses sont rapidement intéressés. Prurit, brûlures incessantes, font de ces malades des infirmes.

Deux raisons essentielles à cette incontinence :
ce sont :

- le mauvais fonctionnement des sphincters,
- les fistules .

La technique opératoire proprement dite paraît conditionner l'apparition de ce mauvais fonctionnement sphinctérien. Le sphincter doit, non seulement être conservé, mais encore les nerfs hémorroïdaires et anal ainsi que la muqueuse anale doivent être respectés soigneusement . L'exérèse sera limitée et à l'inverse des amputations du rectum, le canal anal sera pelé de très près pour respecter au maximum tous les éléments vasculo-nerveux de sa loge . En pratique la réalisation de cette intervention est difficile et pourtant doit être le but recherché, si l'on veut avoir quelques chances d'éviter l'incontinence sphinctérienne . Au début d'ailleurs les sphincters fonctionnent mal, ce n'est que progressivement qu'ils répondent aux sollicitations d'abord volontaires puis inconscientes . Cette éventualité est la plus heureuse, mais il arrive aussi que les troubles sphinctériens persistent ; c'est alors l'échec, peut-être imputable à la technique et l'on doit abandonner cette dérivation au profit le plus souvent d'une iléostomie abdominale définitive.

La seconde grande cause des incontinenances est la fistule, complication la plus redoutable qui reste la hantise du chirurgien lorsqu'il pose l'indication d'un rétablissement de la continuité. Ces fistules sont considérées comme l'extériorisation périnéale d'abcès péricolitiques qui n'ont pas atteint la cavité péritonéale , résultant de perforations de l'organe malade en

cours de poussées. La péritonite généralisée a été évitée, par contre de petites péritonites localisées et passées inaperçues se font jour sous forme de fistules qui viennent compromettre la dérivation périnéale. Ces fistules se présentent comme de larges pertes de substance de la paroi ano-rectale. Des trajets irréguliers se développent dans des blocs de cellulite inflammatoire et scléreuse, enserrant des foyers microbiens. Cette cellulite chronique et ces multiples petits abcès s'étendent librement dans les fosses ischio-rectales constituées de tissu cellulo-grasieux, qui est une mauvaise barrière anatomique à l'infection. Dans ces conditions il apparaît presque impossible de tarir cette suppuration chronique qui résiste aux interventions habituelles; le sphincter est inévitablement atteint par la suppuration et l'incontinence s'installe. La plastie iléale tiraillée, mal vascularisée, peut se sphaceler et donner naissance à une fistule; cette cause est plutôt rare et l'abcès au contact de la plastie semble jouer un rôle important dans la genèse de la perforation iléale.

Les conséquences de ces fistules sont désastreuses. Elles intéressent le plus souvent la commissure postérieure et la cloison rectovaginale. Elles seront l'objet d'interventions chirurgicales répétées, pouvant aller jusqu'à une exérèse en bloc de toute la région, complétée, bien entendu, d'une dérivation externe. Vouloir réaliser une dérivation périnéale n'est donc pas une intervention facile, les complications sont très fréquentes, et l'on conçoit aisément la réserve de la plupart des chirurgiens à poser l'indication opératoire. C'est ainsi que nous relevons dans les statistiques américaines :

- sur 287 cas, DENIS et KARLSON ont eu 8 abcès périrectaux, 4 fistules anales, 3 fistules recto-vaginales.

- Les chirurgiens français ne rapportent pas de meilleur résultats. CATTAN, CHAMPEAU, BLOCH, BERGERET, ARNOUX en signalent également.

Les résultats fonctionnels

La recherche d'un rétablissement de la continuité n'est pas sans risques, nous venons de le voir; c'est une entreprise trop souvent vouée à l'échec, mais les quelques succès publiés nous permettent d'espérer qu'à la faveur de techniques opératoires plus parfaites nous obtiendrons des résultats meilleurs.

Quels sont les critères à exiger pour parler d'une bonne dérivation interne ?

Celle-ci doit bien fonctionner, et la première condition est que le malade soit continent. Pour parler d'un bon fonctionnement de l'écluse anale il faut :

a) que le canal soit gardé intact complètement . Le sphincter ne répondra que dans la mesure où la muqueuse anale en bon état peut être sollicitée .

b) que la loge rectale ait été épargnée au maximum afin que nerfs et vaisseaux soient respectés, permettant ainsi un rôle dans la transmission de la sensibilité, ainsi que l'arc moteur réflexe .

c) réaliser une excellente péritonisation du couloir iléo-anal, s'opposant anatomiquement à une suppuration périnéale ou ischio-rectale éventuelle . Nous connaissons les dangers des fistules par lachage des sutures de l'anastomose intestinale dans les cas de suppuration de voisinage .

Si ces trois conditions sont réalisées, on peut parler de bonne dérivation . Le chirurgien a alors le sentiment d'avoir fait au mieux dans l'état actuel de nos techniques chirurgicales . Il n'est pas malheureusement à l'abri des complications car on observerait moins d'échecs . De nombreux incidents souvent imprévisibles viennent trop fréquemment détruire ce qui s'annonçait comme un succès. Aussi avons-nous le droit d'être intransigeants et nous ne craignons pas de dire que si l'une des trois conditions énumérées ci-dessus

n'est pas réalisée, la dérivation est mauvaise. L'échec est à redouter et il eut alors mieux valu abandonner le malade avec une bonne dérivation externe plutôt que de s'aventurer dans une intervention compliquée et dangereuse pour l'avenir . Un anus périnéal incontinent est le plus mauvais anus qui soit . Malheureusement les difficultés opératoires ne peuvent toujours se prévoir .

Dernièrement les procédés de plastie coeco-iléo-anale à la manière de CHAMPEAU, de FIGARELLA et DELANNOY ont amélioré les résultats . Ces techniques permettent en effet une certaine stagnation du bol fécal dans l'anse iléale courcircuitée, ou dans le coecum, réalisant une sorte de sigmoïdisation et un achèvement des des phénomènes digestifs .

Quant aux dérivations externes abdominales, elles se situent entre les deux ; inférieures aux bonnes dérivations internes et combien meilleures et préférables à une mauvaise dérivation interne ! Si beaucoup de chirurgiens la considèrent comme une infirmité, un grand nombre, voir même les américains l'acceptent couramment comme le "prix qui doit être payé pour la guérison".

L'iléostomie, difficile à faire accepter aux malades peut devenir, lorsqu'elle est bien appareillée, parfaitement tolérable . MIALARET (Semaine des Hôpitaux Juin 1955), traite cette question de façon fort complète et nous communique les premiers résultats de son expérience . Cet appareil " doit être hermétique, léger, peu volumineux pour ne pas gêner les mouvements et rester invisible sous les vêtements , facile à changer et peu coûteux car le malade doit en avoir plusieurs à sa disposition et les renouveler assez fréquemment, le caoutchouc du sac s'altérant en quelques mois".

Actuellement les modèles étudiés sont composés d'un anneau en matière plastique rigide ou en caoutchouc entourant l'iléostomie, qui sera collé solidement à la peau par un ciment spécial, sur lequel est fixé le sac amovible de caoutchouc ou de tissu plastique,

que l'on peut vider par son extrémité inférieure, en cours de journée et qui peut être changé matin et soir ; l'anneau reste en place parfois plusieurs jours lorsque l'adhérence du ciment est bonne et que la peau de tolère .

Les détails des soins quotidiens que nécessite l'appareillage de l'iléostomisé ont été dernièrement exposés dans un article de GARBAY . Un manuel pratique d'appareillage , écrit par un iléostomisé peut être obtenu sur simple demande au "iléostomy club" du Mont Sinaï Hospital New-York. Le modèle dont nous disposons en France est celui de LOYGUE, composé d'un anneau de caoutchouc supportant le sac et collé à la peau par l'intermédiaire d'un disque à double face adhésive . Le sac en polythène peut être renouvelé chaque jour en raison de son faible prix . MIALARET étudie actuellement un appareil à anneau rigide, type américain, qui est fixé à la peau sans disque intermédiaire, à l'aide d'une colle spéciale semblant supérieure à la dissolution de caoutchouc ainsi qu'à la colle pour dermatose, employée auparavant. De nombreuses maisons américaines travaillent cette question des appareillages; le problème du ciment fixant l'anneau à la peau et celui de la poudre protectrice ont fait l'objet d'une attention toute particulière. Des formules diverses ont été proposées. Le meilleur ciment, de l'avis même du club des iléostomisés du Mont Sinaï Hospital, est fabriqué par TORBOT Cie, de même que la meilleure poudre par Karaya Gum Powder John F. Green Oakland (Californie). Les anglais utilisent celle de BROCK dont nous donnons la formule :

benzène	84 %
Oxyde de zinc	0, 85%
paraffine liquide	0,15 %
latex	15 %

Malgré toutes ces recherches l'appareillage des iléostomisés reste en pratique très difficile. A l'usage, apparaissent les inconvénients encore fort nombreux. C'est ainsi que l'anneau

maléable qui a l'avantage de s'adapter facilement à toute iléostomie bien placée, se décolle par contre facilement . L'anneau rigide qui ne se prête pas aussi bien, doit pour être efficace, présenter une courbure très exactement adaptée à celle de la paroi abdominale. Le sac de polythène peut être insuffisamment résistant. Le sac de caoutchouc prend assez vite une odeur désagréable .L'appareillage hermétique sur le malade debout peut n'être plus étanche lorsqu'il est couché; or, l'iléostomie fonctionne davantage la nuit que le jour .

En pratique, ces appareils, sans être parfaits, semblent malgré tout suffisants, à condition que l'iléostomie soit correcte et surtout bien placée . Il paraît difficile d'obtenir quelque chose de parfait, mais ceux qui sont fabriqués actuellement transforment néanmoins la vie de ces malades . Après une période d'adaptation parfois assez longue et pénible pour le sujet, le ventre devient sec et la peau à la périphérie de l'anus guérit . Les malades mènent une vie apparemment normale . Aux U.S.A. le "club des iléostomisés" reçoit ce genre de malades qui sont préparés psychologiquement avant l'intervention par les anciens opérés, et aidés, après l'intervention pendant la période d'adaptation par des renseignements pratiques, utiles pour l'appareillage. Des infirmières spécialisées sont mises à la disposition des iléostomisés. Les enquêtes de GARBAY aux U.S.A. montrent que l'iléostomie ne doit pas être et n'est pas un handicap; les malades interrogés, se déclarent plus heureux avec leur iléostomie qu'au temps où il ont supporté, parfois pendant de longues années , avant d'être opérés, leur colite ulcéreuse .

A propos d'un cas de R.C.H. à forme d'emblée
grave. Guérison par coloproctectomie .

Arch. App. Digestif 1953 p.424.

Par M.M. BONNET-EYMARD et BONNIOT

(Grenoble)

L'observation que nous avons l'honneur de vous présenter s'inscrit à l'actif du traitement chirurgical des formes graves de la R.C.H., c'est la raison pour laquelle il nous a paru intéressant de la rapporter.

Les formes graves de la R.C.H. sont encore, malgré les thérapeutiques modernes, vouées à une évolution fatale dans la quasi totalité des sacs et l'ensemble des auteurs qui se sont intéressés à cette question d'actualité, sont d'accord pour reconnaître que seule la chirurgie peut apporter la guérison et qu'elle doit être tentée .

M.G... Fernand, 26 ans . Artisan mécanicien .

Pas de passé pathologique, en particulier aucun trouble intestinal, tempérament nerveux, facilement inquiet .

Le début de la maladie se situe à la mi-août 1952. Il s'est manifesté par un syndrome d'entérocologie banal, apparemment sans cause et a revêtu d'emblée un caractère évolutif progressif, sans rémission, non influencé par les traitements habituels .

Lorsque le 21 Novembre , le malade est venu consulté l'un de nous, il se présentait avec un syndrome dysentérique aigu ayant entraîné un état général grave : lassitude extrême, anémie, teint terreux, gros amaigrissement (plus de 10 Kgs), chute tensionnelle, Le malade est admis en observation à la Clinique des Alpes. La température oscille entre 37 et 38°. Anémie à 3.600.000 avec leucocytose à 23.000, formule normale .

Le cologramme révèle des signes très importants de colite

étendus jusque et y compris le coecum. La rectosigmoidoscopie précise des lésions typiques de la R.C.H. dès le franchissement du sphincter : aspect fortement chagriné et oedématié de toute la muqueuse avec exsudats muco-sanguinolents et ulcérations .

Le traitement institué comportait : chloromycétine, transfusions répétées et cocktail vitaminique (A, PP, C, K).

En 8 jours il n'y a aucune amélioration ; l'état général s'est aggravé, le syndrome dysentérique n'est pas modifié et la spoliation sanguine peut-être évaluée à un "haricot" par jour. Anémie à 2.900.000 ; leucocytose 16.000, formule normale, Urée : 0,24 %.

Devant cette évolution alarmante, il ne semble pas possible de sacrifier encore quelques jours pour essayer une autre thérapeutique médicale. Le malade est vu en consultation avec le Pr. LEVRAT qui confirme le diagnostic et pose l'indication du traitement chirurgical .

ILEOSTOMIE TERMINALE AVEC EXCLUSION COLIQUE (Dr. BONNIOT)
le 4 décembre 1952.

Anesthésie : Melle RONZY.

Laparatomie médiane sus-ombilicale, un peu d'ascite. Tout le colon apparaît spasmé, de couleur rosée, oedématié, rigide, sans inflammation apparente du mésosigmoïde. Aucune adhérence pathologique . Le même aspect s'étend à tout le colon y compris le coecum. Le grêle est d'aspect normal jusqu'à l'angle iléo-coecal. Section du grêle à la pince de VON PETZ à environ 30 cm de la valvule . Section du mésentère afin de mobiliser aisément le bout supérieur. Enfouissement de la tranche de section inférieure. Le bout inférieur est abandonné dans l'abdomen. Le bout supérieur est attiré dans une très courte incision iliaque droite par dissociation musculaire . (Mac Burney). Pour éviter toute torsion et toute gêne ultérieure de la colectomie éventuelle, on fixe l'anse grêle terminale au péritoine postérieur de la fosse iliaque interne au-dessous du fond du coecum.

Une sonde de Pezzer, gros calibre, est placée dans l'intestin ouvert et raccordée à un tube plongeant dans un bocal .

La paroi de l'intestin est fixée à la peau par points séparés .

Suites très simples. A noter que l'anus iléal débite des matières pâteuses non liquides. La sonde de Pezzer se bouchant, est retirée au bout de trois jours . Les suites immédiates sont favorables; le traitement médical est poursuivi avec térramycine. La température revient à la normale. L'anémie est jugulée : 4.600.000 G.R. et 10.000 G.B. Les évacuations intestinales sont encore sanglantes mais beaucoup moins fréquentes .

Le malade quitte la clinique le 20 décembre avec un anus iléal terminal définitif, bien supporté, fonctionnant de façon inespérée avec selles à demi-solides. Le malade reprend un peu de travail à son atelier au début de janvier 1953. Il a repris 5 kgs.

Le 15 janvier 1953 l'amélioration ne s'est pas confirmée. Reprise d'un syndrome dysentérique très aigu avec présence de pus. Perte rapide de poids. Anémie, Teint terreux. Température à 39°. Devant la reprise du syndrome avec état alarmant on a la même impression qu'à la veille de l'iléostomie . L'intervention chirurgicale s'impose rapidement sans que l'on se reconnaisse autorisé à essayer une action thérapeutique médicale. Une rectoscopie préliminaire est pratiquée . On constate exactement les mêmes lésions que précédemment . L'identification des germes et l'étude de la résistance aux antibiotiques révèle "culture de bacilles mobiles à Gram négatif, caractère de pyrocyanique, souche résistante à tous les antibiotiques". Anémie à 3.500.000. Leucocytose 12.000 et polynucléose à 86 % pour la première fois .

COLECTOMIE TOTALE ET RECTOPROCTECTOMIE (Dr. BONNIOT) le 30 Janvier 1953.

Anesthésie : Dr. PRUNIER . Nesdonal, curare, intubation, oxygène.

1er temps : chirurgien à gauche. Le coecum et le colon descendant attirés en dedans par deux pinces à plateau souples : Incision du péritoine pariéto-colique . Clivage pariéto-colique et mésocolon droit.

Décollement colo-épiploïque droit sur la moitié du transverse et libération de l'angle droit . Hamostase et section des vaisseaux coliques droits et du mésocolon droit. Péritonisation immédiate du lit colique par suture de la tranche du mésocolon au péritoine pariétal après drainage lombaire droit et pénisulfa dans le tissu rétro-péritonéal. On achève alors le décollement colo-épiploïque jusqu'à l'angle gauche qui est libéré et abaissé . Section du mésocolon transverse . On passe alors à la libération du colon gauche et du sigmoïde jusqu'à la limite sigmoïdienne . La section après ligature de la mésentérique inférieure permet la section du mésocolon gauche et du mésosigmoïde. Drainage lombaire, pénisulfa et péritonisation comme à droite. Les parois rectales se révèlent extrêmement friables . La pose d'une pince à plateau détermine une déchirure . Dans ces conditions il paraît impossible de se fier à une suture de bout distal du rectum pour abandonner celui-ci dans la cavité pelvienne en vue de sa conservation ou de son exérèse retardée, et l'on décide de terminer par une proctectomie périnéale. Libération du haut rectum, clivage postérieur sacro-rectal, section du péritoine de chaque côté du rectosigmoïde et dans le fond de Douglas. Section de l'intestin le plus bas possible au galvano entre un clan supérieur et une ligature inférieure à la grosse soie. Péritonisation très étanche.

2ème temps : Position de la taille et ablation du rectum par voie périnéale . Plaie entièrement ouverte. Pénisulfa. Mèche et drains.

L'examen de la pièce opératoire montre une extension des lésions à toute la muqueuse du sphincter anal à la valvule iléo-coecale et plutôt que de vous en faire une description nous vous projetons maintenant les photographies en couleur de cette pièce que nous devons à l'obligeance de MM. TARDIEU et BOUCHET .

Deux fragments de muqueuse ont été prélevés transversalement au niveau du coecum et au niveau du sigmoïde en vue d'une biopsie : "les deux fragments sont identiques : muqueuse intestinale

inflammatoire ulcérée avec chorion oedémateux, hémorragique et infiltré de cellules inflammatoires . On ne voit pas d'amibes" (Dr. FEROLDI).

Les soins habituels de réanimation ayant été mis en oeuvre. Mais à partir du 6ème jour il s'est établi peu à peu un état de dénutrition grave : véritable fonte musculaire, cachexie, torpeur, tachycardie, dyspnée, muguet abondant, purpura des membres supérieurs oedèmes des membres inférieurs . Le taux des protéines totales était de 42 % et le rapport sérine / globuline 0,68 .

Cette déficience brusque de l'état général s'accompagnait de symptômes locaux importants : désunion partielle très large de la cicatrice abdominale médiane, désunion de la suture iléo-cutanée qui ourlait parfaitement l'anus grêle depuis le premier temps opératoire, décollement sous-cutané autour de cet anus et ulcération de l'anse grêle à quelques centimètres de son extrémité .

On institue une protéinothérapie intensive avec perfusion de sang conservé et de plasma. Ingestion de protéolysats , méthionine et vitaminothérapie . On a la satisfaction de voir s'amorcer un redressement dans la situation dramatique et la reprise se confirme chaque jour. Le malade quitte la clinique 5 semaines après l'intervention. Les plaies abdominales et périnéales ne sont pas encore cicatrisées ; il reviendra pour les pansements . Huit jours après il revient couché en ambulance : la cicatrisation progresse parfaitement. Huit jours plus tard , il revient en auto, assis . Enfin , 8 jours après il revient à bicyclette : cicatrisation complète. En même temps, il se confirme une reprise très satisfaisante de l'état général avec récupération du poids et des forces et 9 semaines après son intervention le malade reprend son travail : 8 à 10 heures dans son atelier de mécanique . Actuellement l'état général est excellent. Le poids reste à 8 kg. en dessous de ce qu'il était avant la maladie. Le fonctionnement de l'anus grêle est toujours des plus satisfaisant.

Cette observation illustrée par la radiographie et par les

photographies en couleurs que nous avons projetées appelle quelques commentaires .

1) Tout d'abord nous soulignerons le caractère évolutif rapidement progressif, sans rémission et d'extrême gravité qu'a pris cette forme de R.C.H., dès son début; évolution qui, après un essai thérapeutique de quelques jours, se soldant par un échec, ne nous a pas autorisé à une autre tentative de traitement médical. C'est délibérément que nous n'avons pas mis en oeuvre la cortisone ou l'A.C.T.H. car les publications antérieures ne nous ont pas incité: à le faire, l'ensemble des auteurs reconnaissent en effet que ces hormones peuvent avoir des effets aggravants sur le R.C.H.. Nous avons donc rapidement décidé et sur les conseils de Mr. LEVRAT d'intervenir chirurgicalement .

2) Sous l'angle chirurgical, nous retiendrons de cette observation tout d'abord la façon très satisfaisante d'emblée dont a fonctionné l'iléostomie avec des selles à demi solides ne déterminant qu'un minimum très supportable de dégâts cutanés . Ensuite et surtout, le peu d'influence favorable qu'a eu l'iléostomie terminale et définitive sur l'évolution ultérieure de la R.C.H. ; ce qui a précisément conditionné une exérèse colique dans un deuxième temps prématuré : 6 semaines après l'iléostomie, alors que dans la littérature française et américaine la plupart des colectomies sont faites 6 à 8 mois après l'iléostomie.

Le second temps chirurgical a eu pour particularité d'être total, tandis que la rectoproctectomie quand elle est faite constitue un troisième temps complémentaire du traitement chirurgical . Mais dans le cas présent c'est l'importance des lésions rectales qui nous a forcé la main. Les parois de l'intestin à la jonction recto-sigmoïdienne étaient extrêmement friables , se déchirant comme du papier mouillé. Il n'a pas paru possible à Mr. BONNIOT, sans grave imprudence, de sectionner l'intestin et de suturer ou de lier le bout distal, soit pour remettre à plus tard la proctectomie, soit en cas de guérison des lésions rectales basses, pour conserver un rectum

où l'on pourrait ultérieurement aboucher le grêle ainsi que BERGERET a pu le faire avec succès.

Les suites opératoires ont été très troublées et le malade qui avait fait les frais d'une intervention gravement mutilante s'est trouvé au 8ème jour dans une situation tellement critique que nous avons cru le perdre . Nous insistons sur le rôle déterminant qu'a eu la reprotéinisation intensive. L'hypoprotéinémie est en effet généralement signalée dans l'ensemble des observations analogues.

3) Du point de vue anatomique, nous n'apporterons pas d'arguments pour ou contre la dualité ou l'unité de la R.C.H. et de la rectocolite ulcéreuse; nous pensons, dans le cas présent, pouvoir affirmer le diagnostic de R.C.H., telle que l'on décrit MM. RACHET et BUSSON. Nous insisterons sur l'extension uniforme de la maladie à tout le colon, du sphincter anal à la valvule iléocoecale, et nous signalerons à l'ouverture de la pièce opératoire l'aspect pseudo-polypoïde que donnait toute la muqueuse hormis les plages ulcérées, une réaction inflammatoire hypertrophiante, la chose est d'ailleurs classique, et macroscopiquement la muqueuse colique hyperhémiee de couleur grenat tirant sur le violet foncé ressemblait à de la fourrure d'astrakan.

4) Enfin il mérite d'être précisé que l'infirmité de l'anus iléal, considéré à juste titre comme un grave inconvénient, est dans le cas présent bien supporté sans dégats cutanés; notre malade, conscient de la situation très grave dans laquelle il s'est trouvé, s'en accomode parfaitement puisqu'il mène une vie normale tout comme un sujet porteur d'un anus iliaque définitif . Mais il faut bien reconnaître que nous nous trouvons en face d'un cas heureux et que tel n'est pas toujours le sort des iléostomies définitives .

Discussion .

Mr LEVRAT insiste sur la gravité extrême de ce cas où le traitement médical s'était montré absolument inefficace et où

[Faint bleed-through from the reverse side of the page]

Nous attachons de plus , une très grande importance aux soins pré et post-opératoires qui conditionnent, en majeure partie l'avenir de ces opérés .

Est-ce à dire que l'iléostomie peut suffire à apporter la guérison ? Evidemment non. Le plus souvent, il faut pratiquer la colectomie en un second temps. Cette opération représente le véritable traitement de fond de l'affection. Le colon rendu inutilisable, peut être à l'origine de complications sérieuses ; leur connaissance nous autorise à poser des indications plus large de colectomie, la période dangereuse étant passée. Quand au rétablissement de la continuité intestinale, nous pensons que cette chirurgie

réparatrice est encore trop incertaine et qu'elle ne doit être envisagée qu'avec beaucoup de circonspection :

- nécessité, en particulier, de préparer le malade psychologiquement. Il sera averti des risques de telles interventions.

- le sujet devra réclamer lui-même l'opération . Il faut lui faire subir, volontairement, le test du temps, dans l'espoir qu'il préférera en définitive; l'iléostomie abdominale .

-:-:-:-:-

Vu : le Président de la Thèse

Monsieur le Professeur QUENU

Vu : Le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

Monsieur le Professeur BINET

Vu et permis d'imprimer :

Monsieur le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH.

l'iléostomie même^{n'} avait donné qu'un résultat très insuffisant . Il souligne la qualité du résultat obtenu mais insiste sur la difficulté pratique de poser de telles indications opératoires .

Mr. MULLER : a eu surtout l'occasion d'observer des formes graves de rectocolite .

Mr. BERNAY : a été souvent frappé au contraire par le contraste existant entre des signes locaux importants en regard d'un état général conservé.

Mr. GIRARD : souligne la difficulté de poser une indication opératoire d'exérèse dans les formes graves .

-:-:-:-

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BACON H.L., TRIMPI H.D. - Traitement chirurgical de la colite ulcéreuse (Jour. of Amer. Assoc.). Résumé J; Chirurg. 1954 p. 881 .

BACON H.E., - Colite ulcéreuse invétérée et son traitement chirurgical .
Résumé J. Chir. 1954 , p. 529.

BACON H.L. , TRIMPI H.D. - Traitement Chirurgical de la Colite Ulcéreuse .
(Jour. of Amer. Med. Assoc. n°14, 5 déc.1953)Résumé Jour. Chir. 1954.

BACON H.E. - Colite ulcéreuse rebelle, son traitement chirurgical (Western J. of Surg. Obst. and Gyn. vol. 61 , n° 11 nov. 1953 et n° 12 déc. 1953). Résumé J. Chir. 1954 p. 529.

BENSAUDE & RACHET .- Congrès de Bruxelles, 1935. Plombières, 1935.

BERGERET & ARNOUS.- Rectocoliectomie totale pour rectocolite hémorragique avec polypose inflammatoire. (Arch. Mal. Appar. Dig. 1950).

BERGERET, BRETON & FALLOT .- Rectocoliectomie totale pour rectocolite avec polypose inflammatoire (Arch. Mal. Appar. Dig. 1950).

BONNET - EYMARD & BONNIOT .- A propos d'un cas de R.C.H . à forme d'emblée grave. Guérison par coloproctectomie .
(Arch. App. Dig. 1953 , p. 424 .

BONFILS.S. , BERNIER J.J. & LAMBLING A.- Les troubles métaboliques de la recto-colite hémorragique . Signification pronostique et pathogénique .
(La semaine des Hôp. 942 / S.P. 62.)

BUSSON A. DELARUE J. & LE QUINTEC Y. - Rectocolite muco-hémorragique à forme étagée . Le facteur régional de la recto-colite muco-hémorragique . (Arch. Mal. Appar. Dig. déc. 1954) .

CATTAN, CHAMPEAU, BLOCH, LAROCHE & CARASSO .- Rectocolite hémorragique grave traitée par une colectomie totale avec abouchement de l'iléon à l'anus. (Arch. Appar. Dig. 1952).

CATTEL R.B. & SACHS E.(Boston).- Traitement chirurgical de la colite ulcéreuse . (J . A . M . A., 10 Juillet 1948, vol. 13 A. n° 11).

- CATTEL R.B. & SACHS E. (Boston).- Traitement chirurgical de la colite ulcéreuse . (J.A.M.A., 10 Juillet 1948, vol. 13 A., n° II.)
- CATTEL R.B. (Boston).- Discussion sur la chirurgie de la R.C.H.,
Résumé J. Chir. 1954 p. 529.
- CATTEL R.B. (Boston).- Aspects chirurgicaux de la colite ulcéreuse.
(Amer. J. of Surg. vol 86 n°5 nov. 1953 p. 613-616).
Résumé J. Chir. 1954, p. 640.
- CHARRIER J. LOYGUE J., POLONY Cl. et LEVY Et.- A propos du traitement chirurgical des rectocolites . (Arch. App. Dig. Janv. 1955.)
- CHARRIER, RACHET et BUSSON .- Colôsigmoïdectomie pour R.C.H.
(Arch. App. Dig 1950)
- CHEVIMMOTTE , ROGER .- Rectocolite hémorragique et purulente .
Acquisitions récentes dans le traitement de la R.C.H.
(La presse Médicale 1950).
- COATES (MELBOURNE).- Colite ulcéreuse. (The Med. Jour. of Australia
36 n° 13 1949 p. 387.
- COLCOCK P., BENTLEY (Lahey Clinic).- Traitement chirurgical de la
colite ulcéreuse . (New England J. Med. 242 mars 1950
p. 320-323.)
- COUNSELL P.B., GOLIGHER .- Traitement chirurgical de la colite
ulcéreuse. Résumé Jour. Chirurgie 1953 p. 689.
- GRILE G., THOMAS C.- Traitement de la colite ulcéreuse aiguë par
iléostomie et colectomie simultanée .
(Gastroentérologie 1951).
- GRILE G. - Traitement de la colite ulcéreuse chronique .
(Gastroentérologie 1953).
- DAVIDOVITCH P.- R.C.H. et radiothérapie médullaire . (Arch. Mal.
App. Dig. 43 n°3 mars 1954 p. 372).
- DELANNOY E.- A propos du traitement chirurgical de la R.C.H.
5 Marseille Chir. Mai-Juin 1955).
- DELANNOY E.- Rectocolite à forme hémorragique grave. Coloproctec-
tomie totale en un temps après iléostomie . Considéra-
tions thérapeutiques .
(Arch. Mal. App. Dig. 43 n°5 mai 1954).
- DELANNOY .- Utilité de l'abouchement cutané du bout distal de l'iléon.
(Arch. App. Dig. Sept.-Oct. 1952 p. 964).vol.41).
- DENNIS .- Surgery, oct. 1945, vol 18 n°4, p. 435.
- DRAGSTEDT & SANDERS .- Arch. of. Surg. oct. 1948, t. LVII, n°4, p.487.

DUGAL, J. PAUL (Québec) .- Colite ulcéreuse . Etude de 87 cas .
(Arch. App. Dig. déc. 1952. Surgery, Janv. 1951).

DUNLOP (Melbourne) .- Colite ulcéreuse non spécifique . (The Med. Journ. of Australia 36 n°13 1949 p.397).

EDDY J.D..- Résultats éloignés de la vagotomie dans le traitement de la colite ulcéreuse et de l'entérite régionale.
(Surgery 1951 , 29 : II).

ELLIOT J. KIE FER E. & HURXTHAL L..- A.C.T.H. dans le traitement de la colite ulcéreuse .
(Gastroentérology 1951).

FAIVRE E .- Rectocolite hémorragique et cancer . Thèse Paris 1954.

FALLIS, BARRON J..- Une technique modifiée pour la colectomie totale dans la colite ulcéreuse .(Arch. of Surgery 67 n°3, sept. 1953.) Résumé J; Chir 1954 p. 640.

FIGARELLA J..- Nécessité, possibilités et limites chirurgicales actuelles dans les réctocolites ulcéreuses graves .
(J; Chir. mars 1955).

FLEISCHNER F.G. MANDELSTAM P. & BANKS B.M..- Observations radiologiques de l'iléostomie des malades avec colite ulcéreuse idiopathique (Radiology, Détroit, vol. 63 n°1 juil. 1954).

GABRIEL W..- Traitement chirurgical de la colite ulcéreuse chronique .
(Brit. Med. J. 1952 2: 881).

GARLOCK J.H. LYONS A.J..- Rôle de la chirurgie dans la thérapeutique de la colite ulcéreuse.(Gastroenterology, Baltimore, vol. 26 5 mai 1954).

GAVIN, MILLER, RIPSTEIN & TABAH .- S. G. O., 1949, t.LXXXVIII,p.351.

GRACE W.J., JURSKY R.H. & WOLFF H.G..- Le traitement de la colite ulcéreuse .(Gastroenterology t. 26 n°3 mars 1954 p. 462-469).
Résumé J. Chir. 1954 p. 994.

GOLIGHER J.C..- The surgical treatment of ulcerative colitis ,
(The lancet 29 nov. 1952).

GUTTIEREZ, BLANCO H. (Montévidéo).- Colite ulcéreuse chronique .
(Arch. App. Dig. 1951).

HALSTED J. ADAMS W..- Effets cliniques de l'A.C.T.H. dans la colite ulcéreuse. (Gastroenterology 1951 19 : 698).

- HARDY , BROOKE & HAWKINS .- The Lancet , 2 Juil. 1949, vol. 257, n° 6.566, p.5.
- HILLEMANT, MOUTIER & BUSSON .- Au sujet d'un cas de rectocolite grave Société Nationale Française de Gastroentérologie . Séance du 8 déc. 1952 .(Arch. App. Dig.)
- JENINGTON (Melbourne).- Colite ulcéreuse . (The Med. J. of Australia 36 n° 13 , 1949 p. 403.
- KUHLMAYER R., WIENER, KLINISCHE, WOCHENSCHRIFT .- 66 n° 31 , 6 août 1954).- Un cas de colectomie totale pour colite ulcéreuse.
- LAHEY F.H..- Complications de l'iléostomie .(S. Clinic. North America 50 p. 893-899 juin 1950).
- LAHEY F.H. - Indications chirurgicales des colites ulcéreuses . (Ann. Surg. 1951, 133 : 726).
- LAMBLING. A, BERNIER .- Les formes graves de la recto-colite hémorragique (colite ulcérate). Les indications DU 1er traitement chirurgical .(La semaine des Hôpitaux . 933/ SP.53.)
- LAURENCE, FALLIS S. & BARRON .J. .- Modifications techniques de la colectomie totale dans la colite ulcéreuse . (J. de Chir. 1954 p. 640).
- LEV RAT & BONNET-EYMARD .- Perforation recto-vaginale, complication d'une R.C.H. (Arch. Mal. App. Dig. 1950).
- LOYGUE J. & LEVY E..- Les rectocolites graves et leur traitement chirurgical . (La semaine des Hôpitaux. An. de Chirurgie sept. 1955).
- LUZE W..- La sympathectomie lombaire comme traitement de la colite ulcéreuse .(Wiener Klinische Woch. 65 n° 18 1er mai 1953).
- MAC KITTRICK & MOORE (Boston).- J.A.M.A., 22 janv. 1949, vol. 139, p. 201.
- MAHOMEY, BOCHUS et coll..- Etude de la colite ulcéreuse . (Gastroenterology 13 n°6 déc. 1949 p. 536-546).
- MIALARET J..- Iléostomie terminale . Technique. Accidents . Résultats. (La sem. des Hôpitaux. Annales de Chirurgie , Juin 1955).
- MILLER , GRIER & MICHELLA (Philadelphie).- Principe pour le traitement de la colite chronique ulcérate non spécifique. (Amer. J. Med. Sciences, 1948).

- MONGES J., DE VERNEJOUL & MONGES H.- Colectomie totale pour R.C.H. (Arch. Mal. App. Dig. n°5 mai 1953).
- MONROE C. W., OLWIN J.H. (Chicago).- Emploi d'une greffe à lambeau abdominal dans la confection d'une iléostomie permanente . (Arch. Surg. 59 - p. 566-572. Sept. 1949).
- MONSAINGEON M.A.- Notes sur le traitement chirurgical des rectocolites ulcéro-hémorragiques . (Arch. Mal. App. Dig. 1948).
- MORROW .- (Sidney). Conceptions modernes du traitement des colites ulcéreuses .(The Med. Jour. of Australia. 36. n°13 1949. p. 403.
- MULLER, MELEY, BOUEILLE-MEYRIEUX.- Deux cas de rectocolite hémorragique graves traités par la Cortisone, puis colectomie totale .(Arch. Mal. App. Dig. 12 déc. 1952 p. 1269).
- NICKEL W.F. - Colites ulcéreuses : indications chirurgicales . Surg. Clin. N. Américain. 1950. 30 p. 537.)
- NOVARINA J. - Contribution à l'étude des formes mortelles des rectocolites hémorragiques d'origine indéterminée .(Thèse Lyon 1949) .
- OURY .- Rectocolectomie . (Arch. Mal. App. Dig. 1950).
- PALUMBO L.T., RUGTIN G.M.- Colectomie totale avec résection abdomino-périnéale et iléostomie primaire en un temps unique . (Arch. of Surgery. 67 n°5 Nov. 1953).
- PATTERSON H.A. (N.Y.)- Chirurgie et colites ulcéreuses . (N.Y. State Jour. of Med. 15 sept. 1951 p. 2 , 135-2 139) Résumé J; de chirurgie p. 890.
- PICKRELL Kenneth, L. WILDE N. John, BROADBENT T. Ray, METZGER. James T , EDWARDS Benjamin F.- Construction d'une bouche d'iléostomie ou de colostomie avec greffe en employant un lambeau abdominal. (Plast. et Reconstruct. Surg. 5. mai 1950 p. 384-391).
- POLONY Cl.- A propos des rectocolites hémorragiques graves . Remarques cliniques et thérapeutiques .(Thèse Paris 30 Juin 1953).
- PONS .- (Thèse Marseille 1954).
- RACHET .- Les rectocolites hémorragiques et purulentes de cause inconnue. (Encyclopédie Med. Chir. 9 082 A.B.).

TABLE DES MATIÈRES

---:---:---:---:---:---:---:---:---:---

- Introduction	page : 9
- Historique et conceptions pathogéniques	" 11
- Clinique	" 13
les formes aiguës	" 14
les formes chroniques	" 18
- Définition des éléments de gravité	" 24
- Les tentatives de traitement médical	" 27
- Les soins pré et post-opératoires - méthodes utilisées pour objectiver et corriger les troubles humoraux	" 30
- Les possibilités chirurgicales	" 35
les interventions à visée pathogéniques	" 35
les méthodes palliatives	" 36
les méthodes d'exérèse	" 51
les méthodes rétablissant la continuité	" 54
- Les indications chirurgicales	" 58
- Les résultats	" 66
- Observation de MM. BONNIOT et BONNET-EYMARD	" 75
- Conclusions	" 83
- Bibliographie	" 84

---:---:---:---:---:---:---:---:---:---

